

ISSN 1993-1298



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧАВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



6

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ИЗДАНИЕ

№ 6

Чебоксары
2010

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)

С.А. ИГУМНОВ (Минск, Белоруссия)

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 (Алма-Ата, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

К. ШТУППЕК (Зальцбург, Австрия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск, Украина)

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./факс: (8352) 58 01 30

Электронная почта: chapn1962@yahoo.com

Электронная версия: <http://lib.medinform.su>

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

Редакци канашĕн пуçлăхĕ
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

Редакци канашĕ
А.А. АЛЕКСАНДРОВ
(Санкт-Петербург)
С.А. ИГУМНОВ (Минск)
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
(Алма-Ата)
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)
А.А. ЧУРКИН (Мускав)
К. ШТУПШЕК (Зальцбург)
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)
Л.Н. ЮРЬЕВА (Днепропетровск)

Тĕп редакторĕ
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

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

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

Тел./факс: (8352) 58 01 30
chapn1962@yahoo.com
<http://lib.medinform.su>

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

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

Editorial Council
A.A. ALEKSANDROV
(St. Petersburg)
G. CHRISTODOULOU (Athens)
A.A. CHURKIN (Moscow)
S. EVANS (New-York)
K.A. IDRISOV (Grozny)
S.A. IGUMNOV (Minsk)
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)
A.M. KARPOV (Kazan)
B.D. KARVASARSKY
(St. Petersburg)
V.N. KRASNOV (Moscow)
A.V. KHUDIAKOV (Ivanovo)
S. LESINSKIENE (Vilnius)
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)
S.A. NURMAGAMBETOVA
(Almaty)
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)
C. STUPPÄCK (Salzburg)
L.N. YUR'YEVA (Dnepropetrovsk)

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

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

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

Tel./ fax: +7 (8352) 58 01 30
chapn1962@yahoo.com
<http://lib.medinform.su>

СОДЕРЖАНИЕ

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

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

А.Н. Алёхин

Медико-психологические основания интеграции психотерапевтической практики	8
--	---

Н.П. Жигарева, А.В. Мишин

Терапевтические инновации в медико-профилактической сфере реабилитационного пространства интерната	13
--	----

С. Марьянович, И. Перуничич, Д. Тодорович

Копинг-стратегии и гендерные различия у детей (на английском языке)	23
--	----

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

А.В. Голенков, А.П. Андреева

Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации	37
---	----

Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашикин

Интернет-консультирование при немедицинском потреблении психоактивных веществ	46
---	----

Д. Тодорович, И. Перуничич, С. Марьянович

Социально-психологические последствия потребления марихуаны старшими школьниками (на английском языке)	60
--	----

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

А.Д. Борохов, Д.З. Борохов

Психосемантическое значение татуировки у больных с расстройствами шизофренического спектра 69

Е.Л. Николаев, Е.С. Сулова

Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды 87

В ФОКУСЕ НАУКИ

Обзор учебных и научно-методических публикаций в области психического здоровья в Чувашии 127

Новые диссертационные работы по проблемам психического здоровья, выполненные в Чувашии 131

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

Отношение жителей Алатырского района к психически больным и психиатрии 132

Л.Н. Юрьева

Этиология и патогенез шизофрении: лекция 139

Е. Завьялова (Кларк)

История Британского психологического общества 154

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Опыт работы курса психиатрии Института усовершенствования врачей Чувашии 158

50 лет профессору А.В. Голенкову 164

Рефераты текущих публикаций (на русском, чувашском и английском языках) 168

Информация для авторов 190

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемый читатель!

Мы вновь встречаемся с Вами на страницах нашего научно-практического журнала. Тематика данного номера построена таким образом, что здесь чуть больше внимания, чем прежде, уделено проблемам зависимого поведения. Тем не менее не забыты и актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и клинической психологии. Довольно интересен и полезен материал лекционного характера по этиологии и патогенезу шизофрении, подготовленный нашей коллегой с Украины – доктором медицинских наук, заведующей кафедрой психиатрии Днепропетровской государственной медицинской академии профессором Л.Н. Юрьевой, которая, начиная с этого номера, пополнила состав Редакционного совета нашего журнала. Мы надеемся, что сможем подробно познакомиться и с другими разделами, написанного ею руководства по психиатрии, одна из глав которого была любезно предоставлена нам для публикации.

Большой интерес представляют и статьи наших московских коллег, сфокусированные на современных технологиях реабилитации в психиатрии и новых подходах онлайн-консультирования лиц из групп риска по зависимому поведению. В этом выпуске нашим уважаемым коллегой из «колыбели» отечественной психотерапии – Санкт-Петербурга, вполне закономерно и остро ставится вопрос о перспективах развития современной психотерапии. Довольно необычно наши авторы из Иерусалима концентрируют внимание специалистов на возможностях психосемантического анализа татуировок в процессе диагностического психиатрического поиска. В этом же разделе журнала предлагается новое рассмотрение столь популярного понятия «дискурс» применительно к практике психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

Здесь же мы впервые публикуем материалы наших балканских коллег – клинических психологов из Сербии. Данной научной группой в белградских школах проведены исследования, посвященные изучению особенностей реализации совладающего поведения девочками и мальчиками 10 и 14 лет, а также поиску взаимосвязей между употреблением старшеклассниками марихуаны, их успеваемостью и поведением. Статьи напечатаны по-английски и для облегчения понимания сопровождаются аннотациями на русском языке, в которых сжато представлены основные результаты проведенных исследований.

И, конечно же, мы не можем не осветить те исследования и те события, которые связаны с землей чувашской! Здесь и славные даты – пятилетие курса психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Института усовершенствования врачей Чувашии, пятидесятилетие профессора А.В. Голенкова, и список новых диссертационных исследований, и материал о Британском психологическом обществе, присланный из Великобритании одним из его членов – выпускницей Чувашского государственного университета.

И еще один важный момент. С этого года у нашего журнала появилась реальная возможность значительно увеличить свою читательскую и авторскую аудиторию без увеличения его тиража. Полная электронная версия «Вестника психиатрии и психологии Чувашии» размещена на главной странице сайта Республиканской научной медицинской библиотеки Чувашии (<http://lib.medinform.su>). Теперь достаточно перейти по ссылке на название журнала, что можно сделать в любой точке мира. *До встречи – тел пулличен!*

АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А.Н. Алёхин

*Российский государственный педагогический
университет имени А.И. Герцена, Санкт-Петербурге*

В специализированных словарях и справочниках психотерапия традиционно определяется как "система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм человека". Осуществляясь и разрабатываясь изначально как сфера практической врачебной деятельности, психотерапия всегда тяготела к возведению полученных в опыте представлений в статус научных. Созданы классификации психотерапевтических техник, направлений, подходов (патогенетическая, симптоматическая), моделей (медицинская, психологическая, социологическая, философская). Формулируются теоретические основания различных форм психотерапии: индивидуальной, групповой, семейной. В силу самой специфики психотерапевтической деятельности обозначились зоны взаимопроникновения психотерапевтических и культурологических, религиозных, исторических, философских представлений. Это движение к концептуальному оформлению получает свое выражение в призыве к теоретической интеграции психотерапии, созданию интегративной психотерапии.

В противоречии с описанной тенденцией к опредмечиванию и теоретической интеграции научных обоснований психотерапии выступает фактическое умножение ее форм и углубляющаяся дивергенция ее направлений, все более узкая специа-

лизация психотерапевтов по различным социальным и клиническим группам: детей, пожилых людей, здоровых и больных определенными психическими и соматическими заболеваниями, семьей, профессий, коллективов, субкультур.

Поскольку эти направления существуют и развиваются, есть основания полагать, что они востребованы обществом и, несмотря на различие концептуальных построений и техник реализации, помогают обращающимся людям. Вместе с тем отсутствие общей, разделяемой профессиональным сообществом теории психотерапии усложняет перспективы ее развития, обучения ей, оценки эффективности и порождает множество проблем морально-этического и юридического толка. Эти проблемы обострились с появлением массовой профессии – профессии психолога. Вся практическая психология фактически ориентирована на осуществление вмешательства, которое нередко без должных оснований определяют как психотерапию. Недостаточность научных оснований самой психотерапии как клинической практики в данном случае умножается на трудности психологии, научный статус которой всю историю ее развития подвергался сомнению. Однако методологические проблемы психологии, отсутствие институализированных форм профессиональной деятельности психологов и недостаточная разработанность теории психотерапии не становятся препятствием для реализации психотехнических практик, называемых психотерапией: психотерапией сейчас называют все вообще способы общения дипломированного психолога с человеком, который при таком общении объявляется клиентом (песочная терапия, сказкотерапия, арт-терапия, иппотерапия, например).

Существующее положение, конечно, имеет свои преимущества – поле реализации творческих замыслов практикующих психологов ничем не ограничивается. Однако это приближает их деятельность к деятельности так называемых целителей, магов, колдунов, экстрасенсов и других "специалистов", которые, так же как и психологи, и практически на тех же основаниях оказывают платную помощь человеку в решении жизненных проблем.

Оформление и институализация профессиональной психологической помощи, проще говоря, наделение этой деятельности надлежащей ответственностью требует обращения к вопросу о научных основаниях любого профессионального психологического вмешательства. Без решения этого вопроса трудно представить себе подготовку и сертификацию специалистов, оценку эффективности вмешательства (непосредственных и отсроченных последствий для личности), легитимность подобной деятельности в целом.

Проблемой психотерапии как научной дисциплины является отсутствие научных определений психики, ее расстройств и методов коррекции, определений, аналогичных тем, которыми традиционно оперирует терапия: организм, болезнь, лечение. При неопределенности же основных понятий теряют свое значение и все производные, традиционно используемые в психологической практике: психодиагностика, проблема клиента, психологическое воздействие и т.п.

В психологии, в силу обстоятельств ее становления и развития, такие вопросы не ставились и не решались. Предметом психологии становились процессы, состояния и свойства психики в условиях нормальной жизнедеятельности. Основным методом психологии являлся и является поныне анализ различных аспектов психического (когнитивные процессы, характеристики эмоционально-волевой и мотивационной сфер). Такой метод, будучи адекватен в экспериментальных условиях, оказался малопродуктивным для описания и анализа процессов переживания человека в единстве его психических и соматических проявлений, то есть для ситуаций психологического вмешательства. Неслучайно поэтому все многообразие и теорий личности, и теорий формирования симптома, и обоснований техник вмешательства обязано своим появлением и развитием клинической практике.

Эта практика, собственно, и стала основанием для развития клинической – медицинской психологии. Тесная связь медицинской психологии с клинической практикой позволила ей в рамках естественнонаучной парадигмы сформулировать теоретические концепты, необходимые для целостного описания и анали-

за поведения человека в различных обстоятельствах его жизни: в здоровье и болезни. Поэтому медико-психологический подход только один и обеспечивает адекватные теоретические основания для интеграции концепций психотерапии. Существующие же в современной психологической психотерапии направления (когнитивно-поведенческое, психодинамическое, гуманистическое) могут рассматриваться как производные от базовых медико-психологических концепций, но сами по себе не восполняют научно-теоретического вакуума в обеспечении психологической практики.

Актуальной задачей разработки научных обоснований интегративной психотерапии является методологический анализ существующих концепций психотерапии, распределение и редукция их к теоретическим концептам медицинской психологии, соответствующая научная верификация практикуемых психотехник. Основным концептом медицинской психологии, адекватным для такой методологической работы является концепт "поведение", который в российской естественно-научной школе психологии есть, собственно, "психика". В рамках этого концепта логично и непротиворечиво описываются все аспекты поведения как целостной системы функционирования психического, рассмотренные с разных исследовательских позиций, но не представляющие собой самостоятельных систем: поведение тела, когнитивное поведение, социальное поведение и т.п. Это позволит снять демаркацию предметных областей физиологии и психофизиологии, общей психологии и психологии личности, снять пресловутые дихотомии: "психическое-соматическое", "личность-среда", "биологическое-социальное" и т.п. Психологические теории научения, теория функциональной системы и теория первой и второй сигнальной систем стимулов в физиологии, тождественная психологической теории знака-значения-смысла в психологии становятся, таким образом, естественно-научными основаниями интеграции разнообразных психотерапевтических школ и направлений в границах концепта поведения. Таким образом, проблемы, стоящие на пути интеграции психотерапевтической практики и превращения этой практики в нормативную дисциплину, носят методологический, т.е. мета-

научный характер. Но только решение этих проблем и позволило бы систематизировать психотерапевтический опыт, накопленный разными школами, и выработать научные критерии для оценки показаний, динамики состояния пациента/клиента и эффективности психологического вмешательства. А это и является необходимым условием для возведения практик психологической помощи в статус профессиональной деятельности.

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ
В МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СФЕРЕ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА
ИНТЕРНАТА**

Н.П. Жигарева, А.В. Мишин

Психоневрологический интернат № 30, Москва

Психоневрологический интернат – это государственное медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного или временного (сроком до 6 месяцев) проживания граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постороннем уходе. Основными задачами интерната является оказание медицинской помощи инвалидам, страдающим хроническими психическими заболеваниями, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий, организация ухода и надзора за пациентами, сохранение или повышение уровня реабилитационного потенциала пациентов, восстановление их социального статуса с возможностью интеграции некоторых из них в общество.

Для создания достойного качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, необходимо создание комплексной реабилитационной системы или так называемого реабилитационного пространства. Исходя из биопсихосоциального подхода, такая система должна охватывать как личность инвалида, так и ее социальные составляющие (рис. 1).

Для правильного реабилитационного воздействия на пациента необходимо в первую очередь установить функциональный диагноз, включающий в себя нозологическую принадлежность, форму и тип течения заболевания с указанием ведущего синдрома/симптома, уровня социального функционирования инвалида. В дальнейшем, в зависимости от клинических особенностей, психологических характеристик, уровня развития и запаса знаний, профмаршрута и сохранности профессиональных навыков, уровня толерантности к производственным нагрузкам, со-

хранности социально-бытовых навыков и умений пациента на него оказывают строго дифференцированное, индивидуальное и комплексное влияние медико-профилактическая, жилая, социально-трудовая, социально-культурная, физкультурно-оздоровительная, профессионально-образовательная среды. Данные направления реабилитационного сопровождения пациента осуществляют члены полипрофессиональных бригад (психиатры, психологи, методисты, терапевты, неврологи, логопеды, специалисты по социальной работе, юристы и др.), которые определяют оптимальный объем и последовательность этапов сопровождения инвалидов в процессе их реабилитации [3].



Рис. 1. Модель комплексной реабилитационной системы

Среди контингента инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате, основную группу составляют больные шизофренией и умственной отсталостью. В течение последнего времени нозологическая структура психических заболеваний и её соотношение практически не изменились (табл. 1).

На протяжении всего пребывания в интернате медицинское сопровождение инвалидов остается постоянным фоном всех реабилитационных мероприятий и проводится в соответствии с законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", стандартами РФ и на основе индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Таблица 1

Распределение контингента психически больных инвалидов
ПНИ №30 по нозологическим формам за 2005-2009 гг.

Нозология	2005		2006		2007		2008		2009	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего больных, из них:	991	100,0	996	100,0	995	100,0	1011	100	983	100
шизофрения	429	43,4	429	43,0	424	42,6	445	44,0	431	43,8
умственная отсталость	363	36,6	377	38,0	339	34,1	361	35,7	350	35,6
органическое заболевание головного мозга	127	12,8	124	12,4	159	16,0	140	13,8	137	13,9
деменция	48	4,8	41	4,1	48	4,8	45	4,5	46	4,7
эпилепсия	24	2,4	25	2,5	25	2,5	20	2,0	19	1,9

В целях совершенствования медикаментозной терапии необходимо применение новых инновационных подходов и техник. Современная психофармакотерапия является неотъемлемой частью биопсихосоциального лечения пациента с психическими расстройствами. Дифференцированное применение психофармакотерапии в зависимости от нозологии, характера течения заболевания, особенностей клинико-психопатологических проявлений у каждого пациента является одним из необходимых условий для успешного осуществления медикаментозной реабилитации. В процессе лекарственной терапии большое внимание уделяется не только выбору наиболее оптимального лекарственного препарата, но и формированию у пациента положительной установки на медикаментозное лечение, формированию эффективного взаимодействия в системе отношений "врач-пациент" (комплаенс).

Клиническая эффективность современных лекарственных средств складывается из взаимосвязанных показателей безопасности (индивидуальной переносимости), удовлетворенности лечением. Выбор того или иного препарата определен лучшим соотношением риск (ранние и отставленные нежелательные действия) – польза (клинический эффект) терапии и предпочтений пациента и его близких [1]. Широкое применение препаратов

нового поколения с модифицированным типом действия является актуальным в вопросе оптимизации медикаментозной реабилитации пациентов интерната, как одного из видов реабилитационного воздействия.

Антипсихотическая терапия всегда занимала ключевое место в системе лечения больных шизофренией. Открытие и широкое внедрение в практику нейролептической терапии позволили перенести центр тяжести терапевтического процесса и успешно сочетать его с социореабилитационными и психотерапевтическими методами, обеспечивая единство биологического и психосоциального воздействия. Однако развивающийся лекарственный патоморфоз требует введения в систему терапии новых препаратов. Другими недостатками традиционной нейролептической терапии являются ограниченная эффективность при лечении негативной симптоматики, высокая частота развития аффективных проявлений, развитие экстрапирамидных побочных эффектов, что вызывает дополнительную социальную стигматизацию больных. Нередко развиваются соматические побочные эффекты, плохая переносимость, что приводит к несоблюдению лечебного режима.

Применение нового поколения средств антипсихотической терапии (атипичных антипсихотиков), во многом свободных от перечисленных недостатков классических нейролептиков, является важным шагом вперед в лечении больных шизофренией [4].

В интернате накоплен практический опыт применения ряда атипичных нейролептиков и СИОЗСН: зуклопентиксола (клопиксола), рисперидона (рисполепта), оланзапина (зипрекса), сертиндола (сердолект), имеющих выраженное антипсихотическое действие. Препараты, как правило, хорошо переносятся больными и удобны в применении за счёт наличия пероральной формы различных дозировок и депонированной формы в виде инъекции.

Для лечения пациентов, страдающих шизофренией с выраженными эмоционально-волевым и когнитивным дефектом, мы используем атипичный нейролептик сертиндол (сердолект). В ходе применения препарата было выявлено, что у данного препарата практически отсутствует седативный эффект и он не вы-

зывает побочных действий в форме экстрапирамидной симптоматики, что выгодно отличает его от других атипичных нейролептиков. Клиническая эффективность препарата связана преимущественно с позитивным воздействием на когнитивную сферу пациентов, что непосредственно способствует расширению сферы воздействия на другие реабилитационные сферы пациента.

Зуклопентиксол (клопиксол) в дозе 4-6 мг в сутки показал свою эффективность при купировании возбуждения, агрессивности и сопутствующей им бессонницы, а также галлюцинаторно-бредовой симптоматики у пациентов преимущественно пожилого возраста. У больных отмечалось улучшение ориентировки и запоминания, адаптации в окружающем за счет ослабления ажитации, растерянности и дезорганизации мышления.

В повседневную практику лечения пациентов интерната вошел атипичный нейролептик – рисперидон (рисполепт), активно применяющийся в дозах 4-6 мг при купировании психотической симптоматики, а также оказывающий выраженное влияние на негативную симптоматику. Препарат значительно выигрывает за счёт различных форм (это таблетки различных дозировок, раствор для приёма внутрь, сублингвальные растворимые таблетки, порошок для приготовления инъекционного раствора длительного действия). Отмечается выраженный эффект при применении пролонгированной формы данного лекарственного средства в дозе 25 мг 1 раз в 2 недели.

Профиль психотропной активности оланзапина (зипрекса) позволил использовать этот препарат при лечении практически всех клинических форм шизофрении с различной выраженностью продуктивной и негативной симптоматики, в том числе с грубыми дефицитарными расстройствами. Данный препарат активно применяется нами в дозе 10-15 мг в качестве поддерживающей терапии у больных шизофренией с длительным, многолетним течением. По мере применения препарата отмечалось улучшение нейрокогнитивных процессов у больных шизофренией, что проявлялось в нормализации деятельности функции памяти и коммуникационных способностей и способствовало более быстрой социализации больных.

На практике положительно зарекомендовали себя различные препараты в виде инъекций пролонгированного действия (клопиксол-депо, рисполепт-конста). Применение дюрантных форм этих препаратов безопасно для больных, так как не повреждает ткани в месте инъекции, а побочные эффекты возникают редко и быстро проходят. Употребление таких форм лекарственных препаратов освобождает больного от необходимости частого приёма таблетированных форм. Это повышает его самооценку, даёт ощущение "независимости" от лекарства и, как следствие, значительно улучшает комплаенс пациента к терапии.

В интернате постепенно возрастает доля лиц пожилого и старческого возраста (женщин от 55 и мужчин от 60 лет и старше). За период с 2007 по 2009 гг. количество инвалидов в этом возрастном периоде увеличилось с 31,1 до 35,3 %. У этих пациентов часто выявляются различные степени мнестических, когнитивных и интеллектуальных нарушений в рамках органического поражения головного мозга различной этиологии, достигающие у ряда пациентов состояния деменции. Среди больных с клинически установленным диагнозом деменция в основном преобладают лица с умеренными и тяжелыми формами болезни. Это обусловлено тем, что при начальных и умеренных формах болезни люди еще способны вести самостоятельную жизнь в привычных для них домашних условиях.

Препаратами, официально рекомендованными для лечения деменции, являются препараты из группы ингибиторов ацетилхолинэстеразы (АХЭС-И): ривастигмин, галантамин, донепизил и антагонисты NMDA-рецепторов (мемантин) [5].

В интернате были исследованы два препарата, относящихся к классу АХЭС-И: галантамин (реминил) – селективный, конкурентный обратимый ингибитор АХЭ с двойным механизмом действия, которое включает ингибирование АХЭ и аллостерическую модуляцию никотиновых холинергических рецепторов, и ривастигмин (экселон), ингибирующий оба фермента, расщепляющие центральный ацетилхолин: ацетилхолинэстеразу и бутирилхолинэстеразу.

Дизайн исследования. Для исследования было отобрано 29 больных, страдающих сосудистой деменцией и болезнью Альц-

геймера (25 и 4 человека соответственно). Все диагнозы были поставлены клинически. По степени тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: легкая форма деменции – 2, умеренная – 16, глубокая – 11 человек. Возраст больных колебался от 60 до 82 лет. Пациенты были разбиты на две группы по 17 и 12 человек, принимавших реминил и экселон соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Клинико-социальная характеристика обследуемых

Показатель	Препарат	
	Галантамин (реминил)	Ривастигмин (экселон)
Число больных	17	12
Средний возраст, лет	73,3	77,7
Стадии деменции		
Легкая	1	1
Умеренная	11	5
Тяжелая	5	6

В качестве основных критериев оценки тяжести когнитивных нарушений использовались показатели тестовых методов обследования. Для этого применялись шкалы Clinical Dementia Rating (CDR) и шкала минимальной оценки психического состояния (MMSE). В целях объективизации оценки состояния больных, проживающих в “депривационных” условиях психоневрологического интерната, и соответственно, эффективности лечения данными препаратами была разработана собственная шкала повседневной активности больных – DAP (Daily Activity Patient) применительно к пациентам интерната [2].

Реминил и экселон назначались по стандартной схеме. После каждого месяца лечения все пациенты осматривались лечащим врачом с обязательным тестированием по шкалам CDR, MMSE и DAP. Длительность приема препаратов составила 6 месяцев.

Результаты. В результате наблюдения по применению галантамина (реминила) у больных с умеренной и тяжелой формой деменции было установлено, что наибольший терапевтический эффект при применении реминила наступает после трёх ме-

сяцев его использования и связан с благоприятным влиянием препарата на улучшение когнитивных функций и повседневную активность данной группы больных. Отмечалось улучшение их общего функционирования, проявившееся в восстановлении гигиенических навыков, опрятности, самостоятельности в питании.

В ходе применения экселона была также выявлена его эффективность у пациентов с умеренной и тяжелой формами деменции. По общему клиническому впечатлению и психометрическим оценкам, улучшение состояния пациентов определялось повышением целенаправленности и мотивированности психической деятельности. Уменьшалась выраженность нарушений речи и гнозиса. В поведении пациентов появлялась большая адекватность, уменьшалась рассеянность. Лечение ривастигином (экселон) позволило поддерживать когнитивные функции больных с тяжелыми формами деменции на начальном уровне в течение всего периода терапии.

Как показывает анализ динамики когнитивного и повседневного функционирования больных за период исследования, отмечается очевидная эффективность двух препаратов. Стоит отметить, что галантамин (экселон) обладает более активирующим влиянием на уровень общего функционирования пациентов даже с тяжелыми формами деменции (восстановление гигиенических навыков, опрятности, самостоятельности в питании). Спектр действия ривастигина (экселона) был связан больше с замедлением дальнейшего прогрессирования деменции (рис. 2).

Для обеспечения дальнейшего улучшения и стабилизации состояния проживающих необходим длительный прием указанных препаратов. Одной из форм, которая позволит оптимизировать применение ривастигина (экселона), является трансдермальная терапевтическая система (пластырь), применяющаяся ежедневно один раз в сутки. В отношении галантамина (реминила) активно применяется пролонгированная форма препарата по 16 мг в капсулах, что упрощает контроль за ходом лечения пациентов и снижает лекарственную нагрузку у пожилых людей.

После шестимесячного курса приема реминила и экселона получены доказательства о благоприятном влиянии препаратов на улучшение когнитивных функций и повседневную актив-

ность данной группы больных. Их общее функционирование улучшилось, что повысило индивидуальный реабилитационный потенциал. Восстановление или "узнавание" ряда повседневных функций больных позитивно отразилось на их субъективной оценке самочувствия, степени комфортности, т.е. на качестве их жизни.

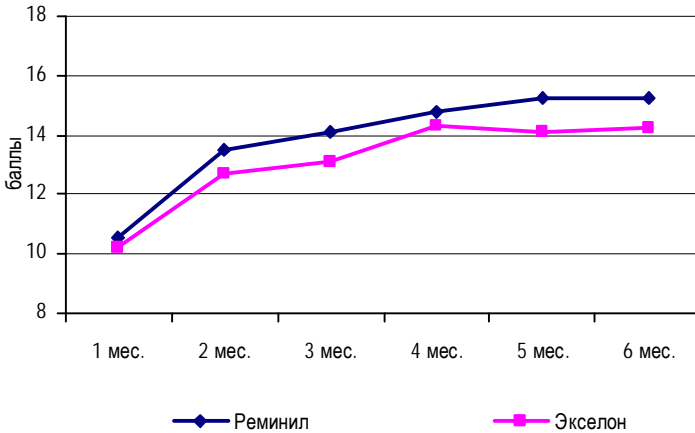


Рис. 2. Динамика функциональной активности больных (шкала DAP)

Таким образом, в рамках действия комплексной реабилитационной системы ПНИ медикаментозная терапия инвалидов вследствие психических заболеваний остается базовой. Ее адекватность является гарантом успешности всех психосоциальных воздействий, оказываемых на пациента.

Литература

1. *Гурович И.Я., Любов Е.Б.* Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
2. *Жигарева Н.П., Горн А.А.* Опыт применения реминила в целях медико-социальной реабилитации дементных больных в условиях психоневрологического интерната / Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 5. Т. 7. С. 300-303.
3. *Жигарева Н.П., Мишин А.В.* Деятельность мультифункциональных бригад в реализации программ реабилитации. Концепция

этапных предпочтений интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по медико-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. 2009. № 3. С. 10-13.

4. *Мосолов С.Н.* Полвека нейролептической терапии: основные итоги и новые рубежи // Новые достижения в терапии психических заболеваний. М., 2002. С. 47-82.
5. *Andreasen N.* Новые подходы к терапии деменции // Болезнь Альцгеймера и когнитивные нарушения в пожилом возрасте: достижения в нейробиологии и терапии: материалы 4-й Рос. науч.-практ. конф. 4-5 июня 2008 г. М.: Пульс, 2008. С. 51.

**КОПИНГ-СТРАТЕГИИ
И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У ДЕТЕЙ**

С. Марьянович, И. Перуничич, Д. Тодорович

*Белградский университет, Институт психического здоровья,
Университет Сингидунум, Белград, Сербия*

**COPING STRATEGIES
AND GENDER DIFFERENCES IN CHILDREN**

S. Marjanovic, I. Perunicic, D. Todorovic

*University of Belgrade, Institute of Mental Health,
University of Singidunum, Belgrade, Serbia*

The concept of coping strategies is very important in understanding individual reactions to stress. Coping is psychological mechanism, which consist of thoughts and actions that somebody uses to deal with stress. Cognitive theories highlight that our feelings primary depend on our beliefs, coping strategies present cognitive component that mediate our reactions to external and internal stimulus.

The concept of coping was dominant in clinical psychology during the 1940s and 1950s, and in the eighties, it became one of the most important issues in a series of psychotherapy and educational programs aimed to develop coping skills (Lazarus & Folkman, 1984). The classic definition of Lazarus and Folkman described coping as "constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus & Folkman, 1984). They defined coping strategies as a set of behavioral and cognitive responses, designed to master, tolerate, or reduce the demands of a stressful situation.

Studying coping strategies has been caused by a variety of inconsistent results about the effects that life events have in the development of psychopathology among children and adolescents. It has been clarified that even very serious stressful events in a child's life are not able to produce psychopathologic reactions. It has been found that the appearance of mental problems in childhood and adolescence

after stressful life events is in connection with individual and contextual factors which act as mediators in this process (Goodyer, Herbert, Secher & Pearson, 1997). The most important individual factors in these reactions were personality traits, attribution style, irrational beliefs and coping strategies. Stressful life events and their consequences on parents and their capacity to console and help their children were used as contextual variables in the research. The result shows that coping strategies may influence the development of mental health problems and also protect one's own personality.

The poor capability to generate more varied solutions in stressful situations shows significant correlations with emotional and behavioural problems of children and adolescents (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988). Successful coping is able to reduce the negative effects of stress, while unsuccessful coping is able to increase stress effects on adaptation in one's life environment (Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995).

Coping strategies are people's reactions to problems that occur in the context of their life. The ways of coping are unlimited in their heterogeneity as they are dependent upon the different demands and contexts in which they exist. Recent studies have demonstrated about 400 coping strategies (Skinner et al. 2003). During past few years, researchers have investigated huge efforts in the conceptualization of hierarchic models of coping, using superior categories or groups to organize simple coping reactions.

The most known model of coping is the Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) Two Factor Model, which presents dual coping strategies. *Problem-focused coping* refers to active, problem oriented strategies, such as problem resolving, logic analysis of events, and searching for information. These forms of coping are used for problem solving and direct stress reduction. *Emotion-focused coping* refers to passive, avoidant strategies, oriented toward emotional control such as distraction, fantasy, social withdrawal. These forms of coping are used for controlling or reducing emotional tension and anxiety which occur in problematic situations.

Band and Weitz (Band & Weitz, 1988) also suggested a two factor model in which coping strategies are described in a much wider context. They posited the use of primary and secondary control:

primary control includes all those forms of coping that have impact on objective conditions and events (e.g., coping strategies such as direct problem solving, aggression directed to factors that have caused the problem, avoiding stressful situations, etc); *secondary control coping* is intended to achieve better compliance with conditions as it is (social and spiritual support, aggression directed towards one's own emotions, cognitive avoidance, etc).

On the other hand, Carver and colleagues (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) developed a multi-dimensional approach to the coping strategies. The first dimension was defined by *problem-focus strategies* (active coping, planning, suppression of competitive activities, calmly coping with the situation, seeking social support in problem solving). The second dimension includes *emotion-focus strategies* (seeking emotional social support, positive reinterpretation of events, acceptance, denial, turning to religion). Finally, the third dimension consists of strategies that are defined as *less useful in overcoming stress* (focusing on emotions and the expression of emotions, behavioural withdrawal, and mental withdrawal).

Although there seems to be a dominance of two factor models, there is a tendency for the formation of multi factor models. These models are formed in order to arrive at a model that is more adequate, one that most comprehensively describes a complex reaction of coping. On the other hand, it is evident that many strategies can be reduced, or discuss similar processes, but rather under a different name (for example, problem-focus coping and primary control are very similar in their description and content).

Ayers (Ayers, Sandler, West, & Roos, 1996) in their research on coping strategies in children and adolescents came upon four groups of coping strategies, from the participants answers to the Children's Coping Strategies Checklist (CCSC) (Ayers et al., 1996). Here, briefly, the two theoretical and empirical sources that served for the creation of Ayers' model shall be shown.

One theoretical distinction made by investigators of both adult and children's coping behaviour is between problem-focused and emotion focused coping (Compas, Malcame, & Fondacaro, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Problem-focused coping is aimed at problem solving or doing something to directly alter stress levels.

Emotion-focused coping refers to efforts to manage or reduce emotional distress associated with a problematic situation. Within studies on children's coping, (Compas et al. 1988) found that problem-focused coping was negatively correlated with both maternal and child reports of emotional and behavioural problems, whereas emotion-focused coping was positively related to emotional and behavioural problems. However, Stanton and colleagues (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, & Ellis, 1994) have recently suggested that the observed relationships between emotion focused coping and emotional and behavioural problems may be partially spurious due to co-findings in the assessment of these two constructs.

An alternative theoretical framework (Billings & Moos, 1981; Ebata & Moos, 1991) has classified coping efforts as being either *active* (approach focus) or *passive* (avoidant focus). They define active or approach coping as responses that are directed towards the problem. Such responses "reflect active cognitive and behavioural efforts to define and understand the situation and to resolve or master a stressor by seeking guidance and engaging in problem solving activities". Passive or avoidant responses are indirect methods and "reflect cognitive or behavioural attempts to avoid thinking about a stressor or its implications, to accept or resign oneself to an existing situation, to seek alternative rewards, or to try to manage tension by expressing it openly". It was found that adolescents who proportionally more rely on active than passive methods have higher levels of well-being and lower levels of distress (Ebata & Moos, 1991).

Although some researches came to encouraging results in the classification of coping strategies by using these two theoretical models, others suggested that these strategies were not predictive and psychologically appropriate. Ayers (Ayers et al., 1996) developed a four-dimensional model of coping, based on reports of children so that they may behave in a way to cope with a problematic situation. The children, aged 9 to 13, answered questions in a semi-structured interview that was constructed as a checklist of children's coping strategies, in other words, a checklist of ways to overcome specific life events (e.g., the divorce of their parents). Children's reports, on the basis of self-assessment of behaviour used in their coping, were conceptually classified in 11 different categories. These categories

include the following strategies: cognitive decision making, direct problem solving, seeking understanding, positive cognitive restructuring, expressing feelings, physical release of emotion, distracting actions, avoidant actions, cognitive avoidance, problem focus support, and emotional focus support. After the authors had operationalized these categories into questionnaire items for the Children's Coping Strategies Checklist (CCSC) (Ayers et al., 1996) and had calculated a statistical analysis of the scores on these items, only the category titled "expressing feelings" was dropped due to its poor internal consistency. Of the other 10 categories, Ayers constructed a four-factor model of coping in children and adolescents. Here is a brief description of the factors.

The first factor, or *Active Coping Strategies*, consists of subscales: cognitive decision making, direct problem solving, seeking understanding, and positive cognitive restructuring. It is composed of the cognitive and behavioural activities with which individuals try to solve their problems. For example, making plans on how to solve problems, making sense of a problematic situation, thinking about it in a positive way and direct involvement in activities to change oneself or the environment where one lives. As the second factor, *Distraction Strategies* consist of two subscales in the physical release of emotions and actions of behavioural distraction. It includes behaviours related to the physical release of stress (e.g., engaging in sport activities), or additional mental activities (for example: playing video games, watching television) to draw one's thoughts away from the problematic situation. *Avoidance Strategies* are the third factor and include items from subscale avoidant actions and cognitive avoidance. They include the behaviour to avoid problematic situations, as well as the cognitive avoidance of problems through imagination and imagining a positive outcome to the situation. Finally, the fourth factor, *Support Seeking Strategies* with subscale focus support and emotional focus support, includes the ability to seek help from other people in the form of tips on how to solve the problem or in a form of understanding that would reduce anxiety and increased negative emotions.

Ayers (Ayers et al., 1996) stated that it is possible to consider its strategy in light of Lazarus' and Moos' model. In fact, Ayers' coping

strategies such as cognitive decision making, direct problem solving and seeking understanding can be included in the Lazarus *problem-focus strategy*, while all other strategies that Ayers listed are *emotion-focus strategies* defined by Lazarus. Similarly, Moos *active coping* includes Ayers cognitive decision making, direct problem solving, seeking understanding, positive cognitive restructuring, problem focused support and emotion focused support, while Ayers other coping strategies are under Moos *passive coping*.

The model just described has proved itself as theoretically and practically more convenient than the previous two-factor models (Ayers et al., 1996). This is why it has been chosen for the purpose of our study.

It is important to note that many models that have described coping strategies in adults have failed when they must explain the coping strategies of children and adolescents. In fact, children and adolescents have their own specific features and it is not enough to rely on measures that are only valid for adults.

For our research, it is of particular importance the findings of the research regard to coping strategies in boys and girls of middle childhood and early adolescence. Romano (Romano,1997) found that among girls at the age of 10 and boys at the age of 11 the most often coping skill used is *problem solving coping strategies* in situations when they are exposed to stress. This is in accordance with most studies that have argued that there are no differences in the use of coping strategies among children of the opposite sex (Altshuler & Ruble, 1989; Band & Weisz, 1988; Spirito et al.,1991). On the other hand, De Boo and Wicherts (De Boo & Wicherts, 2007) in checking the inventory of CCSC (Ayers et al., 1996) from a sample of children (from 9 to 12) found a significant difference in regard to gender in using coping strategies. According to their work, girls frequently use coping strategies that include *emotion focused support*, *distracting actions* and *cognitive avoidance* than boys are apt to. Some other studies also indicate that girls often use the *strategy of seeking support* and *problem solving* in regard to boys (Causey & Dubow, 1992).

A large number of studies clearly show that among adolescents, girls more frequently use the *seeking support strategy* than boys

(Ebata & Moos, 1994; Frydenberg & Lewis, 1993; Hampel & Petermann, 2005; Patterson & McCubbin, 1987; Roecker, Dubow, & Donaldson, 1996; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Stark, Spirito, Williams, & Guevremont, 1989). However, young men use *avoiding coping strategies* more often than girls do (Hampel & Petermann, 2005; Roecker et al., 1996, Stark et al., 1989). Some studies indicate that adolescent boys, unlike adolescent girls, use more strategies that include activities of reducing stress by *physical or cognitive distraction*, and strategies that lead to emotional discharge (Copeland & Hess, 1995; Frydenberg & Lewis, 1993, Herman-Stahl, Stemmler, & Petersen, 1995, Lee & Larson, 1996; Nigro, 1996).

Present Study. The aims of this study were: 1) to investigate gender differences in using coping strategies among children; 2) to investigate psychometric properties of Children's Coping Strategies Checklist (CCSC) in Serbian sample.

Method. Participants. The research was conducted in Belgrade, Serbia in 2009. The sample consists of 240 students of the fourth grades (10 years old) and eighth grades (14 years old) of primary school. Each group is represented by 50 % in the entire sample. In regard to gender, the sample consists of 47,9 % of male respondents and 52,1 % of female respondents.

Instrument and Procedure. The research was conducted in two primary schools. During the testing, subjects were found in their classrooms, and the examination was performed during regular afternoon classes. The students filled out the questionnaire independently, following verbal instructions by the examiners. Completing the questionnaire took an average of 30 minutes.

Assessment of Children's Coping Behaviours. The instrument that was used in our study is the Children's Coping Strategies Checklist- CCSC (Ayers et al., 1996). For the instrument, participants give answers about how often they behave according items described in the checklist, when they find themselves in problematic situations. The questionnaire contains 45 items, where 4-5 items build one of the 10 subscales. Responses were measured by the 4-point Likert scale: never (1), sometimes (2), often (3), and most of the time (4). The median internal consistency (alpha) coefficient for CCSC in our sample was 0,865 (range from 0,860 to 0,866).

Results. By using factor analysis, the principal component method; Promax rotation with Kaiser normalization 4 factors of coping strategies were extracted which explains the 33,304 % variance. These factors are Active Coping (15,429 %), Avoidance Strategies (7,209 %), Support Seeking Strategies (5,346 %) and Distraction Strategies (5,320 %). This factor structure is in accordance with model of Ayers, except that orders of these factors are different to his model.

In the analysis of differences among gender in coping strategies, the Canonical Discriminatory Function was used. One significant canonical discriminatory function was found ($r=0,442$; Wilks' Lambda= $0,804$; $\chi^2=51,386$; $t < 0,000$), which consisted of high scores on Support Seeking Strategies, Avoidance Strategies, Active Coping and low scores on Distraction Strategies (Table 1).

Table 1
Structure Matrix of CCSC Factors with Regression Factor Scores

Coping strategies	Function 1
Support Seeking Strategies	0,78
Avoidance Strategies	0,38
Distraction Strategies	-0,33
Active Coping	0,25

The values of group centroids showed that boys and girls differentiate from each other in this function for almost 1 standard deviation (0,983); this value for boys is -0,512 and for girls is 0,471. Our results shows that girls generally use more Support Seeking Strategies, Avoidant Strategies and Active Coping than boys do. On the other hand, boys use more Distraction Strategies than other groups of strategies than girls do. Using this Canonical Discriminatory Function of Coping Strategies 71,7 % of the original data was correctly classified according to gender: 74,8 % of male participants and 68,8 % of female participants were correctly classified (Table 2).

Table 2
Predicting Gender Membership According to Canonical Function

Gender	Boys (%)	Girls (%)	Total (%)
Boys	74,8	25,2	100
Girls	31,2	68,8	100

Analyzing subscales of CCSC it was found that girls scored significantly higher on the following coping strategies: Cognitive Decision Making, Seeking Understanding, Positive Cognitive Restructuring, Problem Focus Support and Emotion Focus Support (Table 3).

Table 3
Descriptive Statistic, T-test and Gender Differences for CCSC

	Male		Female		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
Cognitive Decision Making	2,89	0,61	3,05	0,60	-2,07	0,04
Direct Problem Solving	2,73	0,64	2,84	0,57	-1,42	0,15
Seeking Understanding	2,48	0,59	2,67	0,56	-2,57	0,01
Positive Cognitive Restructuring	2,35	0,60	2,51	0,57	2,12	0,03
Physical Release of Emotions	2,07	0,69	1,95	0,63	1,44	0,15
Distracting Actions	2,45	0,66	2,50	0,64	-,56	0,57
Avoidant Actions	2,59	0,72	2,65	0,62	-,70	0,48
Cognitive Avoidance	2,61	0,65	2,74	0,61	-1,55	0,12
Problem Focus Support	2,10	0,65	2,30	0,59	-2,41	0,01
Emotion Focus Support	1,94	0,62	2,30	0,63	-4,48	0,00

Discussion. Our findings suggest that girls use more *Support Seeking Strategies* than boys do. A large number of studies (Ebata & Moos, 1994; Frydenberg & Lewis, 1993; Hampel & Petermann, 2005; Patterson & McCubbin, 1987; Roecker, Dubow & Donaldson, 1996; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990; Stark, Spirito, Williams & Guevremont, 1989; De Boo & Wicherts, 2009) have come to similar findings. The explanation for this behavior could be in the ways expressing emotions among girls and boys. One study showed that parents discuss about emotional experiences much more with their daughters than with their sons, using a variety of terms to describe different emotional states (Brody, 1993). Parents tend to focus on the task, highlight the activity and skill when they are in contact with their sons, but emphasize more the expression of emotion while in communication with their daughters (Block, 1973). In accordance to our results are also the findings of one study regarding the seeking support from one's significant others (Rueger, Malecki & Demaray,

2008). Girls reported the greatest degree of support from the friends and close friends, while boys showed no difference in the degree of support between friends, parents and teachers. Lever (1976) examined the interaction between adolescents of the opposite sex and found that boys perform certain activities together, engaged in sports or competitive games and that their talks focus mostly on the achievements of famous athletes and sports clubs or on the achievements of their peers in sports or in school. According to this, it is clear that seeking support from others when problems occur is a natural path for girls.

Further results shows that girls use *Avoidance Strategies* more in comparison with their male peers. There are different studies that have suggested the same (De Boo & Wicherts, 2009; Frydenberg & Lewis, 1993; Griffith et al., 2000) or opposite (Hampel & Petermann, 2005; Roecker et al., 1996; Stark et al., 1989; Winkler, Metzke & Steinhausen, 2002, according to Eschenbeck et al. 2007). Our results can be interpreted by the specific role that males and females have in our society. It is expected for males to be active and to fight in problem situations. For males acting passive is socially undesirable behavior contrary to females.

Additionally, our study has found that girls contrast to the boys significantly more in the use of *Active Coping Strategies*. This is in line with the findings of various authors (Frydenberg & Lewis, 1993; Griffith, Dubow & Ippolito, 2000; Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995; Winkler, Metzke & Steinhausen, 2002). The explanation to these results could be in the slightly higher cognitive ability among adolescent girls, compared to their male peers. Girls are consistently superior in verbal tests, such as knowledge of words, analogies and memorizing words, while boys show a distinct advantage in tasks involving spatial and mechanical skills and solving mathematical problems (Djordjević, 1988) (Therein, boys solve problems, but such problems tend to be mathematical). However, problematic life situations that include other functions besides merely cognitive ones require a different approach to the problem and girls show a general superiority. On the other hand, it is possible that girls, through their well-developed verbal functions can easily verbalize situations and emo-

tional states in which they are and can easily become aware of their own negative emotions and possible constructive solutions to them.

Boys significantly use *Distraction Strategies* more when faced with problematic situations, according to our results. This is also in line with some research that came to similar results (Copeland & Hess, 1995; Frydenberg & Lewis, 1993, Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995, Lee & Larson, 1996; Nigro, 1996). This result can be explained by the fact that boys, from their childhood, are supported to express negative emotions of anger or aggression through outside activities (O'Kearney & Dadds, 2004). Thus, any anger that is able to occur in a problematic situation can easily be worked off through physical exercise. Rosenfield stated (Rosenfield, 1999) that boys' socialization of emotion is not allowed to openly express feelings such as helplessness, sadness and uncertainty (which are a reflection of weakness and femininity). They are expected to hide these feelings, remove, shorten, or ignore them, which can lead to abuse of alcohol and various psychoactive substances in adulthood. This also speaks in favor of the fact that young men tend to choose this kind of coping strategy, which often includes efforts to distract feelings whether through physical or mental occupation.

As has been mentioned at the beginning of this article, the importance of choosing the right coping strategies can influence the development of mental problems. One recent study has shown that one's poorer well-being and greater distress correlates to the avoidant coping strategies and active coping correlates positively with one's greater well-being among adolescent girls (Frydenberg & Lewis, 2009). Also, it has been found that avoidance strategies in youth can be predictors of PTSD and anxiety, while support seeking could reduce these symptoms (Pina et al., 2008). These findings are important for some further research and have further implications. If the right coping strategies are able to reduce stress, then it is important to find out how to use these strategies in order to overcome life problems.

References

1. *Altshuler J.L., Ruble D.N.* Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress // *Child Develop.* 1989. № 60. P. 1337-1349.

2. *Ayers T.S., Sandler I.N., West S.G., Roosa M.W.* (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping // *J. Person.* 1996. № 64. P. 923-958.
3. *Band E.B., Weisz J.R.* How to feel better when it feels bad: children's perspectives on coping with everyday stress // *Develop. Psychol.* 1988. № 24. P. 247-253.
4. *Billings A.G., Moos R.H.* The role of coping responses in attenuating the impact of stressful life events // *J Behav. Med.* 1981. № 4. P. 139-157.
5. *Block J.H.* (1973). Conceptions off sex role: some cross cultural and longitudinal perspectives // *Am. Psychol.* 1973. № 28. P. 512-526.
6. *Brody L.R.* On understanding gender differences in the expression of emotion: Gender roles, socialization, and language. // *Human Feelings: explorations in affect development and meaning* / Ed. by D. Brown. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1993. P. 87-121.
7. *Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K.* Assessing coping strategies: a theoretically based approach // *J. Person. Soc. Psychol.* 1989. № 56. P. 267-283.
8. *Causey D.L., Dubow E.F.* Development of a self-report coping measure for elementary school children // *J Clin. Child Psychol.* 1992. № 21. P. 47-59.
9. *Compas B.E., Malcarne V.L., Fondacaro K.M.* Coping with stressful events in older children and young adolescents // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988. № 56. P. 405-411.
10. *Copeland E.P., Hess R.S.* Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity // *J. Early Adolesc.* 1995. № 15. P. 203-219.
11. *De Boo G.M., Wicherts J.M.* Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children // *Cogn. Therapy & Research* 2007. № 33. P. 1-20.
12. *Dorđević D.* Razvojna psihologija // *Dečije novine – Gornji Milanovac*, 1988.
13. *Ebata A.T., Moos R.H.* Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents // *J. Appl. Develop. Psychol.* 1991. № 12. P. 33-54.
14. *Ebata A.T., Moos R.H.* Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescents // *J. Research Adolesc.* 1994. № 4. P. 99-125.
15. *Frydenberg E., Lewis R.* Boys play sport and girls turn to others: age, gender, and ethnicity as determinants of coping // *J. Adolesc.* 1993. № 16. P. 253-266.
16. *Frydenberg E., Lewis R.* Relations among well-being, avoidant coping, and active coping in a large sample of Australian adolescents // *Psychol. Reports.* 2009. № 104. P. 745-758.

17. *Goodyer I.M., Herbert J., Tamplin A., Secher S.M., Pearson J.* Life events, family dysfunction and friendship difficulties as predictors of persistent disorder / Short-term outcome of major depression: part II // *J. Am. Acad. of Child & Adolesc. Psychiat.* 1997. № 36. P. 474-480.
18. *Griffith M.A., Dubow E.F., Ippolito M.F.* Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies // *J. Youth & Adolesc.* 2000. № 29. P. 183-204.
19. *Hampel P., Petermann F.* Age and gender effects on coping in children and adolescents // *J. Youth & Adolesc.* 2005. № 34. P. 73-83.
20. *Herman-Stahl M.A., Stemmler M., Petersen A.C.* Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health // *J. Youth & Adolesc.* 1995. № 24. P. 649-665.
21. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, Appraisal, and Coping. NY: Springer Publishing Company Inc, 1984.
22. *Lee M., Larson R.* Effectiveness of coping in adolescence: the case of Korean examination stress // *Int. J. Behav. Develop.* 1996. № 19. P. 851-869.
23. *Lever J.* Sex differences in the games children play // *Soc. Probl.* 1976. № 23. P. 478-487.
24. *Nigro G.* Coping strategies and anxiety in Italian adolescents // *Psychol. Reports.* 1996. № 79. P. 835-839.
25. *O'Kearney R., Dadds M.R.* Developmental and gender differences in the language for emotions across the early adolescent years // *Cogn. & Emotion* 2004. № 18. P. 913-938.
26. *Patterson J.M., McCubbin H.I.* Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement // *Am. J. Commun. Psychol.* 1987. № 18. P. 793-824.
27. *Pina A.A., Villalta I.K., Ortiz C.D., Gottschall A.C., Costa N.M., Weems C.F.* Social support, discrimination and coping as predictors of posttraumatic stress reactions in youth survivors of Hurricane Katrina // *J. Clin. Child & Adolesc. Psychol.* 2008. № 37. P. 564-574.
28. *Roecker C.E., Dubow E.F., Donaldson D.* Cross-situational patterns in children's coping with observed interpersonal conflict // *J. Clin. Child Psychol.* 1996. № 25. P. 288-299.
29. *Romano J.L.* Stress and coping: a qualitative study of 4th and 5th graders // *Element. Sch. Guid. & Counsel.* 1997. № 31. P. 273-282.
30. *Rosenfield S.* Gender and mental health: do woman have more psychopathology, men more or both the same (and why)? // *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems / Ed. by Horwitz A.V., Scheid T.L.* NY: Cambridge Univ. Press, 1999. P. 348-360.

31. *Rueger S.Y., Malecki K.C., Demaray K.* Gender differences in the relationship between perceived social support and student adjustment during early adolescence // *Sch. Psychol. Quar.* 2008. № 23. P. 496-514.
32. *Seiffge-Krenke I., Shulman S.* Coping style in adolescents: a cross-cultural study // *J. Cross-Cult. Psychol.* 1990. № 21. P. 351-377.
33. *Skinner E.A., Edge K., Altman J., Sherwood H.* Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping // *Psychol. Bull.* 2003. № 129. P. 216-269.
34. *Spirito A., Stark L.J., Grace N., Stamoulis D.* Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence // *J. Youth & Adolesc.* 1991. № 20. P. 531-544.
35. *Stanton A.L., Danoff-Burg S., Cameron C.L., Ellis A.P.* Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding // *J. Person. Soc. Psychol.* 1994. № 66. P. 350-362.
36. *Stark L.J., Spirito A., Williams C.A., Guevremont D.C.* Common problems and coping strategies. Part I: findings with normal adolescents // *J. Abnorm. Child Psychol.* 1989. № 17. P. 203-212.

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СКЛОННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К АЛКОГОЛИЗАЦИИ

А.В. Голенков, А.П. Андреева

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары*

Злоупотребление психоактивными веществами, и алкоголем в частности, является главной молодежной проблемой современности. Причем учеба в вузе относится к критическому периоду в плане приобщения человека к употреблению алкоголя [5-7]. Понятно, что в этом в первую очередь участвуют психологические факторы, среди которых выделяют особенности личности (характера), высокий риск социальной дезадаптации [9, 10], мотивация потребления алкоголя [8]. Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев провели анализ влечения к алкоголю, определив его взаимосвязь с другими потребностями, влечениями и свойствами личности. Была подтверждена концепция о том, что основным признаком всякого патологического влечения является несовпадение предмета потребности, лежащей в основе влечения, с предметом самого влечения, который выступает в роли мотива поведения [11].

В зарубежных исследованиях ожидания эффекта от алкоголя отдельными авторами рассматриваются как концептуальный подход к началу злоупотребления алкоголем и формированию алкогольной зависимости [12-15]. Положительные ожидания стимулируют регулярное потребление, а негативные – являются препятствием к алкоголизации. Поэтому особое значение приобретает изучение вопросов влечения к алкоголю, психологической склонности к алкоголизации в студенческой медицинской среде.

Материалы и методы исследования. Обследовано 175 студентов-медиков (юношей – 46, девушек – 129) IV-V курсов лечебного и стоматологического факультетов Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова.

Использовались классификация частотно-количественного потребления алкоголя Э.Е. Бехтеля [2], опросник K. Fromme et al. [13] "Всесторонние эффекты алкоголя", а также вопросы темы "Отношение к спиртным напиткам" из патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО) Н.Я. Иванова, А.Е. Личко [9]. Кроме того, учитывались вид преимущественного потребления спиртного напитка, возраст первой пробы алкоголя и характеристика окружения при этом.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – М и стандартного отклонения – SD), однофакторного дисперсионного и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Как показал опрос (табл. 1), алкоголь употребляли 78 % студентов (84 % юношей и 76 % девушек).

Таблица 1

Частотно-количественные показатели
потребления алкоголя студентами в группах обследованных, %

Группа	Абстиненты	Случайно пьющие	Умеренно пьющие	Систематически пьющие	Привычно пьющие
Юноши	16,0	32,6	29,5	17,4	4,5
Девушки	24,0	47,6	26,2	2,2	–
Лечебное дело	34,8	54,7	3,5	5,8	1,2
Стоматология	23,6	43,8	24,7	3,4	4,5
Всего	22,0	43,6	27,0	6,2	1,2

Вину отдавали предпочтение 54,8, крепким алкогольным напиткам – 20,2, пиву – 19 и коктейлям – 6,1 %. Возраст первой пробы алкоголя колебался от 5 до 25 лет (средний – 15,0±2,9 года). В 40,8 % случаев это произошло в присутствии родителей, в 39,1 % – в компании друзей, в 20,1 % – с другими людьми. В группе риска (систематически и привычно пьющие) по разви-

тию алкогольной зависимости оказались 7,4 % студентов. Достоверно чаще там оказывались юноши ($p < 0,05$), те, кто делал это раньше ($p < 0,05$), респонденты, отдающие предпочтение крепким алкогольным напиткам ($p < 0,05$). Абстинентов было больше среди студентов лечебного факультета ($p < 0,05$).

По опроснику ПДО психологическая склонность к алкоголизации выявлена у 67,8 % опрошенных (табл. 2). Это было свойственно студентам из группы риска ($p < 0,05$), любителям вина ($p < 0,05$) и пива ($p < 0,05$). Напротив, чаще отрицательно относились к алкоголизации абстиненты и те, кто впервые попробовал алкоголь в присутствии родителей, студенты лечебного факультета ($p < 0,05$).

Таблица 2

Психологическая склонность к алкоголизации у студентов, %

Группа	Есть	Нет	Сомнительно	Без ответа
Юноши	68,9	13,3	13,4	4,4
Девушки	67,4	13,2	17,8	1,6
Лечебное дело	62,7	16,3	19,8	1,2
Стоматология	71,9	10,1	14,6	3,4
Всего	67,8	13,2	16,7	2,3

Чаще всего испытуемые выбирали ответы "Люблю выпить в веселой компании" (29,6 %), "К спиртному я не испытываю отвращения" (28,7 %), "Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир" (12,2 %), "Спиртные напитки меня не пугают" (9,6%). Согласно ПДО эти психологически положительные утверждения характерны для гипертимных, лабильных, циклоидных и истероидных личностей. Отрицательное отношение (сенситивное, психастеническое) встречалось намного реже (15,2 %): "К спиртному я испытываю отвращение", "Я не пью спиртное, так как это противоречит моим принципам". Еще реже (4,7 %) встречались субмиссивные (астеноневротические, конформные) мотивы: "Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушить компанию".

Опросник К. Fromme et al. [13] содержит 38 утверждений, описывающих различные эффекты алкоголя. Они образуют че-

четыре позитивных и три негативных фактора. Испытуемые отвечают на каждый вопрос (полностью согласен, согласен, не согласен, полностью не согласен) вначале за себя, что произошло бы с ними под влиянием алкоголя, а затем в целом, с другими людьми (перед каждым вопросом, подставляя выражение – эффектом алкоголя является). В исследовании при статистической обработке ответы испытуемых были объединены ("Полностью согласен" и "Согласен" – "Да"; "Полностью не согласен" и "Не согласен" – "Нет").

Алкоголь вызывал у студентов (Я) положительные эффекты в виде общительности (болтливость, неугомонность, экспансивность) как, впрочем и у окружающих (ОНИ), по их мнению людей. Среди отрицательного влияния отмечено когнитивное и поведенческое угнетение от действия алкоголя в этих двух группах. Положительные эффекты алкоголя наблюдались у 69,8%, отрицательные – у 21,3%, неопределенные – у 8,9% (табл. 3).

Таблица 3

Эффекты алкоголя в обследованных группах, M±SD

Эффект	Всего	Стоматологи	Лечебное дело	Юноши	Девушки
Я ₁	4,9±2,4	5,3±2,2	4,5±2,4	5,2±2,3	4,7±2,4
Я ₂	1,7±0,9	1,8±0,8	1,5±0,9	1,8±0,8	1,6±0,9
Я ₃	0,9±1,1	0,9±1,2	0,8±1,1	0,9±1,2	0,8±1,1
Я ₄	1,9±1,8	2,1±1,8	1,7±1,7	2,7±1,9	1,6±1,6
Я ₅	4,1±2,3	3,7±2,5	4,4±2,2	4,7±2,4	3,9±2,3
Я ₆	1,1±1,2	1,4±1,3	0,9±1,1	1,7±1,4	0,9±1,1
Я ₇	0,8±0,9	0,8±1,0	0,8±0,9	0,8±1,0	0,8±0,9
ОНИ ₁	5,7±1,7	5,7±1,7	5,7±1,8	5,7±1,5	5,6±1,8
ОНИ ₂	1,5±0,9	1,5±0,9	1,5±0,9	1,5±0,8	1,5±0,9
ОНИ ₃	1,5±1,3	1,5±1,3	1,5±1,3	1,4±1,4	1,5±1,3
ОНИ ₄	2,9±1,6	2,9±1,6	2,9±1,6	3,2±1,7	2,8±1,6
ОНИ ₅	5,8±2,2	5,4±2,2	6,1±2,1	5,9±2,0	5,7±2,2
ОНИ ₆	2,9±1,4	2,9±1,3	2,9±1,5	3,1±1,3	2,9±1,5
ОНИ ₇	1,1±1,2	1,1±1,2	1,1±1,2	1,3±1,2	1,1±1,2

Примечание: 1⁺ – общительность; 2⁺ – снятие напряжения; 3⁺ – сексуальность; 4⁺ – наигранная храбрость; 5⁻ – когнитивное и поведенческое снижение; 6⁻ – риск и агрессия; 7⁻ – самовосприятие (депрессивность, самообвинение, обострение проблем); + - положительные эффекты; - - отрицательные эффекты; Я – испытуемые; ОНИ – окружающие.

У студентов-стоматологов по сравнению со студентами лечебного факультета достоверно выше были показатели $Я_1$ ($p<0,04$), $Я_2$ ($p=0,05$), $Я_6$ ($p<0,01$). У юношей – выше $Я_4$ ($p<0,001$), $Я_5$ ($p<0,04$), $Я_6$ ($p<0,001$). У любителей пива оно чаще вызывало положительные эффекты $Я_1$ ($p<0,01$), $Я_2$ ($p<0,04$), $Я_3$ ($p<0,05$) и $Я_4$ ($p<0,01$), крепких напитков – $Я_1$ ($p<0,05$), $Я_4$ ($p<0,001$) и $Я_6$ ($p<0,01$). У абстинентов все эти эффекты ($Я_1$, $Я_4$ и $Я_6$) отмечались достоверно реже ($p<0,05$).

Группа риска отличалась от остальных показателями $Я_4$ ($p=0,001$) и $Я_6$ ($p=0,005$). Согласно описанию эти факторы характеризуются: безудержанной, лихой смелостью; безрассудством в поступках; доминированием, неугомонностью, неистовством, шумливостью, рискованностью, жесткостью, конфликтностью, нетерпимостью к критике [13].

Оценки $Я$ и ОНИ у опрошенных студентов во многом совпадают ($r=0,17\dots0,53$; $p<0,05\dots0,001$). Значительно реже, по мнению окружающих, чем по мнению самих студентов, обнаруживаются достоверные различия между группами. Показатель ОНИ₄ (положительные эффекты) был выше у респондентов, предпочитающих водку ($p=0,01$) и коктейли ($p<0,04$) другим алкогольным напиткам; ОНИ₅ (отрицательные эффекты) – у студентов лечебного факультета ($p<0,05$), любителей коктейлей ($p<0,05$) и абстинентов ($p<0,04$); ОНИ₇ – предпочитающих коньяк ($p=0,02$).

Наблюдалась статистически неслучайная корреляционная связь между положительным отношением к алкоголю по ПДО с показателями опросника К. Fromme et al. [13] – $Я_1$ ($r=0,32$; $p<0,05$), $Я_3$ ($r=0,28$; $p<0,05$) и $Я_4$ ($r=0,21$; $p<0,05$).

Результаты настоящего исследования во многом совпадают с нашими предыдущими работами, хотя выборки студентов и время проведения были разными. Полностью идентичными оказались показатели лиц, потребляющих алкоголь (78 %), систематически (6,2 %) и привычно пьющих (1,2 %) с данными А.В. Голенкова и соавт. [6]. Схожей оказалась доля студентов, имеющих психологическую склонность к алкоголизации (66,2 и 67,8 %), отрицательное отношение (16,9 и 13,2 %) и неопределенный результат (16,9 и 16,6 %) [5]. Таким образом, описанные

тенденции лишней раз подтверждают стабильность наших результатов на протяжении последних 15 лет.

Мы согласны с мнением А.Е. Личко и В.С. Битенского [10], что показатель психологической склонности к алкоголизации в первую очередь свидетельствует об устойчивости индивидуума к влиянию компании и соблазну принять участие в выпивке, а отрицательный – об отсутствии (невыраженности) такой тенденции. Говорить в этих случаях о злоупотреблении алкоголем, а тем более об алкогольной зависимости или их отсутствии неправомерно. На студенческой популяции подтвердилась устойчивость сенситивного типа в отношении алкоголизации [10]. Неустойчивый тип акцентуации характера, имеющий признаки высокого риска аддиктивного поведения, среди обследованных учащихся встречался всего в 2,2 % случаев [5].

Получило подтверждение мнение о том, что позитивное отношение к алкоголю связано с более высокими частотно-количественными показателями алкоголизации [15]. Потребление спиртного меняет негативные ожидания на позитивные [12]. Более того, положительное отношение к употреблению опьяняющих доз спиртных напитков усиливается по мере нарастания алкоголизации; у эпизодически пьющих преобладали безразличное (50%) и отрицательное (39%) отношение к употреблению опьяняющих доз [4].

В настоящем исследовании позитивные эффекты алкоголя превалировали над негативными, что обусловлено возрастом обследованных и знакомством (пробой) с действием спиртных напитков. Как свидетельствует В. Ganaraja et al. [12], на первом курсе у студентов-медиков наблюдались обратные тенденции; не влияли на оценки религиозная принадлежность, место рождения и жительства.

Ожидание положительных эффектов, мысли о спиртных напитках (выпивке) являются важным предиктором алкоголизации [1, 2, 12-14]. В.Б. Альшулер под "нормальным влечением (желанием) к алкоголю" подразумевает потребление спиртного с целью достижения позитивных и приятных результатов, закрепленных обычаями и традициями, – налаживание социаль-

ных контактов, преодоление скованности и застенчивости, успокоение, расслабление и т.д. [1].

Г.А. Немчин, С.В. Цыцарев отмечают, что алкоголь может выступать средством редукации напряжения (потребность в релаксации), изменения эмоционального состояния (избавление от тревоги, депрессии, апатии и др.), получения удовольствия (поиск острых и необычных ощущений), повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения, компенсации (замещение каких-либо недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей), общения и коммуникации, научения или подражания, средством поддержания принятого ритуала, межличностной защиты (манипуляция). Патологическое влечение при этом выступает как средство компенсации какого-либо психологического дефицита личности, дисгармонии характера, системы отношений и мотивационной сферы [11]. Алкоголизация у подростков отражается в четырех основных клинических механизмах: индукции (подростковые реакции группирования и имитации); стимуляции (при астенических расстройствах); деформации (отсутствии нормального семейного воспитания); срыва реактивности (быстрая утрата защитных механизмов от действия алкоголя) [3].

В нашем исследовании студенты, злоупотребляющие алкоголем, отличались от других лишь двумя показателями по опроснику К. Fromme et al. [13]: "Наигранной храбростью" и "Риском и агрессией". А.Е. Личко, В.С. Битенский [10] описывают браваду (показную удаль, храбрость, хвастливую рисовку, по С.И. Ожегову) у молодых людей, которая нередко является искажающим фактором в диагностике алкогольной зависимости (скрывают наличие рвотного рефлекса на передозировку спиртным; демонстрируют утрату ситуационного контроля; желание опохмелиться, подражая старшим из-за бравады). Нередко требуются дополнительные наблюдения для вынесения правильного диагностического решения.

Что касается показателя "Риск и агрессия" в ответ на действия алкоголя, то он укладывается в симптоматику первых проявлений алкогольной зависимости. На начальной стадии, как известно, алкогольное опьянение меняется в сторону сокращения

длительности и уменьшения интенсивности эйфории; появляются раздражительность, грубость, агрессивность, придирчивость. Во время опьянения заостряются и другие личностные особенности – склонность к бахвальству, эгоцентризм, обидчивость, ригидность [1]. С учетом всего изложенного выше "Наигранная храбрость" и "Риск и агрессия" вместе с частотно-количественными показателями потребления алкоголя, по-видимому, можно рассматривать своеобразным предиктором формирования алкогольной зависимости у учащейся молодежи.

В проведенном исследовании обращает на себя внимание довольно высокая доля употребляющих алкоголь студентов, около 35% делает это регулярно (7,4% – злоупотребляет). Большинство респондентов имеют склонность к алкоголизации, отмечают многие положительные эффекты спиртных напитков, что затрудняет преодоление пьянства и предупреждение алкогольной зависимости среди студентов-медиков. Эти аспекты обязательно должны учитываться при организации профилактической работы в молодежной среде.

Литература

1. *Альтиулер В.Б.* Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика, 2002. Т.1. С. 203-232.
2. *Бехтель Э.Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с.
3. *Братусь Б.С., Сидоров П.И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984. 144 с.
4. *Бугаенко В.П., Филатов А.Т.* Доклинические формы алкоголизма. Киев: Здоров'я, 1989. 80 с.
5. *Голенков А.В.* Пограничные психические расстройства у студентов Чувашии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 1996. 116 с.
6. *Голенков А.В., Андреева А.П., Булыгина И.Е.* Частотно-количественные показатели и мотивы потребления алкогольных напитков студентами медиками // Наркология. 2009. №10. С. 25-29.
7. *Гречко Т.Ю., Ширяев О.Ю.* Алкогольная зависимость среди студентов медицинского вуза // 14-й съезд психиатров России: материалы съезда. М., 2005. С. 339.
8. *Завьялов В.Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1988. 198 с.

9. *Иванов Н.Я., Личко А.Е.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: краткое руководство. М.; СПб.: Фолиум, 1994. 64 с.
10. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология: руководство. Л.: Медицина, 1991. 304 с.
11. *Немчин Т.А., Цыцарев С.В.* Личность и алкоголизм. Л.: Изд-во ЛГУ, 1989. 192 с.
12. *Ganaraja B., Kotian M., Bhat R., Ramaswamy C.* Alcohol expectancy responses from first year medical students: are they prone to alcoholism? // *Indian J. Med. Sci.* 2007. Vol. 61, № 9. P. 511-516.
13. *Fromme K., Stroot E., Kaplan D.* Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire // *Psychol. Assessment.* 1993. Vol. 5, № 1. P. 19-26.
14. *Read J., Lau-Barraco C., Dunn M., Borsari B.* Projected alcohol dose influences on the activation of alcohol expectancies in college drinkers // *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2009. Vol. 33, № 7. P. 1265-1277.
15. *Young R., Connor J., Ricciardelli L., Saunders J.* The role of alcohol expectancy and drinking refusal self-efficacy beliefs in university student drinking // *Alcohol & Alcoholism.* 2006. Vol. 41, № 1. P. 70-75.

**ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ПРИ НЕМЕДИЦИНСКОМ ПОТРЕБЛЕНИИ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашкин

*Национальный научный центр наркологии,
ООО "Независимость", Москва*

Введение. Обеспечение населения своевременной и научно обоснованной информацией о последствиях распространения и потребления наркотических средств и психотропных веществ, является на сегодняшний день высоко актуальным. Взгляды населения, в том числе и проблемных по отношению к наркотикам групп, к сожалению, зачастую формируются под влиянием популярных средств массовой информации, ориентированных в первую очередь, на сенсационность, броскость по характеру своей деятельности, не владеющих глубоким знанием проблемы. Авторы вынуждены констатировать, что современная российская журналистика в массе своей не заботится о достижении социально позитивного результата в своей деятельности. Ситуация усугубляется имеющими коммерческую основу безответственными заявлениями отдельных представителей платной медицины. Свою роль в искажении картины наркотизма в общественном сознании играют предрассудки и "бытовые" взгляды населения на эту проблему. Профессиональное медицинское сообщество достаточно вяло участвует в процессе формулирования у населения результативных паттернов антинаркотического поведения и индивидуальной стратегии принятия конструктивных решений в случае вовлеченности в проблему наркотизма. По данным отечественных экспертов, приводимым "Российской газетой", в настоящее время около 2-2,5 миллиона россиян злоупотребляют наркотиками, из них $\frac{2}{3}$ – это молодые люди в возрасте до 30 лет [1].

Вместе с тем наркологическая помощь страны остается достаточно "закрытой", не ориентированной на активный обмен необходимой информацией с гражданским обществом.

Все изложенное еще в большей степени обосновывает актуальность внедрения информационных технологий, позволяющих, с одной стороны, повысить эффективность поисковой деятельности для лиц, стремящихся к получению того или иного объема наркологической помощи, а с другой – обеспечить эту группу населения юридической, психологической, социальной и иной необходимой им информацией.

С другой стороны, структура потребностей¹ в сведениях того или иного рода у изучаемой группы населения является отражением процессов зачастую скрытых от наблюдателей. Более того, нам кажется эвристически более плодотворным для раскрытия разных сторон явления, в данном случае потребления наркотиков, изучать не ответы на поставленные исследователями вопросы, а вопросы, которые "генерирует" изучаемая группа. Любая деятельность, в том числе и обусловленная патологическими состояниями, для своего поддержания нуждается в информационном обеспечении. Очевидно, что деятельность, направленная на получение важной информации более спонтанна и нативна для индивидуума, чем деятельность по удовлетворению чужих информационных запросов.

В связи с этим, были сформулированы цели настоящей исследовательской работы: практическая – отработка методологии успешного функционирования Интернет-сервиса по информационному обслуживанию лиц, имеющих проблемы с наркотическими средствами и психотропными веществами и теоретическая – изучение структуры их информационных потребностей.

Материалы и методы исследования. Материалом для настоящего исследования являлись информационные запросы пользователей сети Интернет, поданные в Консультационную службу по профилактике и лечению наркозависимости, социальной реабилитации больных наркоманией (www.narkonet.ru).

¹ Информационная потребность – потребность, возникающая, когда цель, стоящая перед пользователем в его профессиональной деятельности либо в его социально-бытовой практике, не может быть достигнута без привлечения дополнительной информации. В самом общем смысле под информационной потребностью понимается необходимость в информации, требующая удовлетворения и обычно выражаемая в информационном запросе.

Консультационная служба является идеологическим, организационным и структурным преемником сервиса "Кабинет специалиста", в течение ряда лет работавшего на площадке сайта "Нет – наркотикам" (www.narkotiki.ru), особенности функционирования и состав специалистов которого отражены нами в предыдущих работах [2, 3].

Для достижения цели исследования были проанализированы вопросы, поданные за 1 месяц работы (с 22.11.06 по 15.12.06). Всего 122 вопроса.

К изучению содержания вопросов и их классификации были привлечены специалисты, обладающие необходимым образованием и квалификацией. Вопросы систематизировались на основании ранее разработанной авторами системы классификации.

Результаты исследования и их обсуждение. Вопросы были распределены среди отдельных специалистов Консультационной службы (рис. 1.).

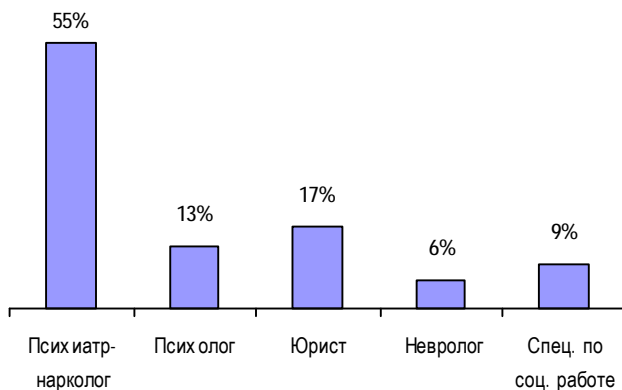


Рис. 1. Динамика функциональной активности больных (шкала DAP)

Как видно на рис. 1., наибольшей популярностью пользуются интернет-консультации врача психиатра-нарколога. Причиной этого, по нашему мнению, являются сложная комбинация субъективных и объективных факторов. Во-первых, важную роль играет не только и не столько профессионализм консультанта, сколько достаточно специфичный навык умения общаться

ся в компьютерной сети Интернет. Во-вторых, сказываются определенные стереотипы сознания российских граждан, восходящие к советскому периоду нашей истории, когда врач призван решать различные проблемы, в том числе не относящиеся к его профессиональной компетенции. Так, к врачу психиатру-наркологу обращались с информационными запросами 55 % посетителей; за правовой информацией обратились 17 %; за консультацией к психологу – 13 %; за советом к специалисту по социальной работе – 9 %; к врачу-неврологу с вопросами об осложнениях от приема наркотиков – 6 %.

*Анализ обращений к психиатру-наркологу
Консультационной службы*

В вышеуказанный период исследования психиатру-наркологу поступило 67 вопросов, что составило 55 % всего массива вопросов Консультационной службы.

По своей тематике и упоминанию в них тех или иных психоактивных веществ вопросы распределились следующим образом: 1) вопросы о лечении и о синдроме зависимости – 35,8 %, 2) о последствиях употребления ПАВ – 19,4 %, 3) посвященные экспертизе опьянения – 16,5 %, 4) посвященные репродуктивному здоровью потребителей наркотиков – 11,9 %, 5) разные – 16,4 % (рис. 2).

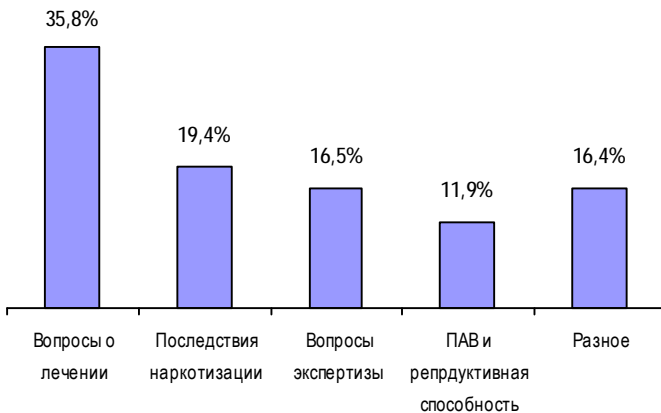


Рис. 2. Распределение вопросов, поступивших психиатру-наркологу

Как видно на рис. 2, больше всего было задано вопросов о лечении зависимости. По нашему мнению, этот факт, вероятно, демонстрирует стремление клиентов получить виртуальную помощь и избежать личного обращения за реальной медицинской консультацией.

Особенно много вопросов касалось лечения опийного абстинентного синдрома. Обычно консультирующий специалист пытался мотивировать пользователей сервиса к обращению в соответствующие медицинские учреждения, руководствуясь тем, что в подавляющем большинстве случаев больные опийной зависимостью не могут самостоятельно перенести болезненные симптомы опийного абстинентного синдрома и возобновляют наркотизацию. Частыми также были вопросы о конкретных препаратах, применяемых для лечения опийной зависимости. Как правило, в таких случаях пользователям предоставлялась минимально необходимая информация с целью избежать феномена "лечения по Интернету".

Большое число вопросов в Консультационную службу касались возможности получения адекватной наркологической помощи. Как правило, консультант службы предоставлял максимально полную информацию о возможностях наркологической помощи в том или ином регионе Российской Федерации, в том числе о вариантах бесплатного и платного обслуживания в системе государственного здравоохранения; сообщались интернет-адреса информационных сайтов некоторых наркологических клиник, что позволяло клиенту самому принять взвешенное решение.

Вопросы о вредных последствиях приема наркотических средств и психотропных веществ распределены по группам средств следующим образом (рис. 3).

Как видно на рис. 3, 71,4 % вопросов, посвященных осложнениям от употребления психоактивных веществ, так или иначе были связаны с потреблением марихуаны. Принимая во внимание, что вредные последствия от употребления этого наркотика наступают медленнее, чем при приеме опиатов, амфетаминов, галлюциногенов, следует отметить недопустимо высокий, однако латентный для контролирующих органов уровень распро-

странения каннабиса в популяции. С вопросами об осложнениях, обусловленных приемом опиатов, обратились 21,4 % пользователей ресурса.

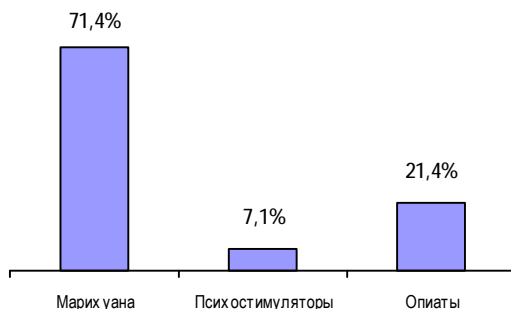


Рис. 3. Распределение вопросов, поступивших психиатру-наркологу

Следующее место по частоте заняла группа вопросов, посвященных наркологической экспертизе (16,5 %). Активность государственных структур в выявлении немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ приносит свои позитивные результаты, многие люди начинают понимать, что потребление наркотиков несовместимо с престижной профессией и качественным образованием. С другой стороны, вокруг этой темы развернулось много спекуляций, и потребители наркотиков опасаются обращаться в поликлиники и другие медицинские учреждения, боятся рутинного медицинского обследования, которое не связано с определением наличия наркотических средств и их метаболитов в биологических жидкостях. Вопросы по медицинскому освидетельствованию в зависимости от группы наркотических средств распределились следующим образом (рис. 4).

Многие вопросы с трудом поддавались предложенной типологизации, носили дискуссионный характер, были весьма разноплановыми и в некоторых случаях выходили за рамки задач, стоящих перед Консультационной службой, специалистами по психиатрии и наркологии. Таких вопросов было 16,4 %, они были отнесены в рубрику "разное". В нее вошли информационные запросы, посвященные веществам, не относящимся к нар-

котическим средствам и психотропным веществам и не являющимся химическими дериватами или биологическими эквивалентами основных, известных наркотиков. Например, в Службу поступали вопросы, касающиеся алкоголя, коаксила, кальянного табака и т.д. Ответы на эти вопросы также предоставлялись клиентам.

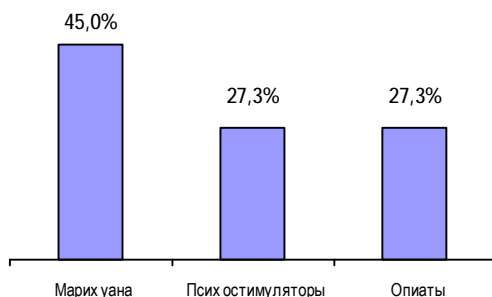


Рис. 4. Распределение вопросов об экспертизе опьянения наркотиками

Другой темой, индуцирующей информационные запросы наших клиентов, было влияние наркотиков на течение беременности и здоровье плода. Значимое количество таких вопросов не может не настораживать. С одной стороны, это свидетельствует о повышении репродуктивной активности населения, а с другой – о распространении потребления наркотиков среди молодежи и женщин репродуктивного возраста (рис. 5).

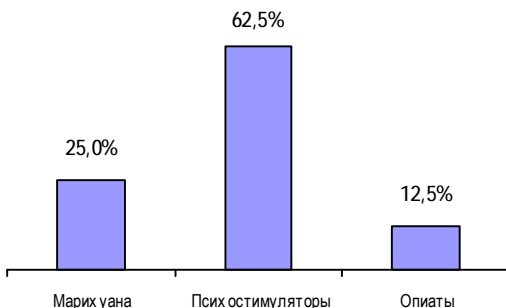


Рис. 5. Количество вопросов о влиянии наркотиков на репродуктивное здоровье

Достаточно драматично, когда инстинкт продолжения рода у партнеров конкурирует с патологическим влечением к наркотическому средству у потенциального отца или матери.

Как видно на рис. 5, наибольшее количество вопросов в рубрике о влиянии наркотиков на репродукцию человека было связано с приемом различных психостимуляторов, что может свидетельствовать о распространении среди молодежи клубной культуры.

Анализ обращений к психологу Консультационной службы

За отчетный период к консультанту-психологу поступило 13 % общего количества вопросов, поступивших в Службу. Весь массив информационных запросов, направленных в адрес этого специалиста, можно разделить на три категории. Одну из них составляют вопросы о целесообразности той или иной формы поведения с больным наркоманией, их было 33,3 % общего количества адресованных вопросов (рис. 6).

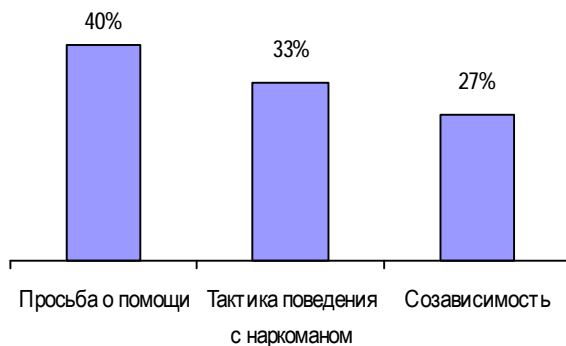


Рис. 6. Распределение вопросов психологу

Клиентов интересовало, как правильно себя вести с наркозависимым с целью склонения его к обращению за медицинской помощью, они спрашивали, что необходимо изменить в своем поведении для достижения лучшего контакта с заболевшим химической зависимостью родственником. Иногда вопросы достигали достаточно высокого эмоционального накала, когда муж или жена решали для себя целесообразность дальнейшей совме-

стной жизни с наркоманом или наркоманкой. Весьма часто спрашивали представители молодого поколения, преимущественно женского пола, как повлиять на молодого человека, чтобы он прекратил употребление наркотиков или иных одурманивающих средств.

В ответах консультант-психолог сосредоточивал внимание клиента службы на проблеме созависимости и предпринимал попытки ее коррекции путем предоставления информации о реальной перспективе продолжения отношений с зависимыми субъектами. Вместе с тем специалист никогда не исключал возможности нормализации ситуации и, по возможности, намечал пути достижения позитивного результата.

Значимой по количеству группой вопросов стали вопросы о психологических аспектах переживания аддиктом субъективной картины химической зависимости. Зачастую они носили провокационный характер. Их авторы формулировали вопросы таким образом, чтобы оправдать свое потребление наркотиков как перед эвентуальными читателями, так и перед самим собой. Однако сам факт подобного запроса уже свидетельствует о наличии у спрашивающего конфликта между осознанием проблем, обусловленных потреблением наркотиков, и настойчивой потребностью продолжать их потребление. Находясь под влиянием интоксикации, потребитель наркотиков осознает у себя начинающиеся изменения личности, отрыв от ранее значимого социального окружения, демонтаж привычной иерархии ценностей, но формирующийся паттерн наркотического поведения стремится подчинить себе мотивационную сферу личности. В подобных случаях специалист игнорировал провоцирование и некоторую эмоциональную взвинченность клиента, простыми, доступными словами старался донести до спрашивающего мысль о беспочвенности его утверждений.

Группа запросов о психологических аспектах отказа от наркотиков составила 40 % общего количества поступивших психологу Консультационной службы и была самой представительной. О проблемах, связанных с неудачными попытками прекращения приема психоактивных веществ, спрашивали как сами потребители, так и их родственники. Как видно на рис. 6, эта

группа была самой представительной среди пользователей, задавших вопрос психологу.

Необходимо отметить, что психологическое консультирование является одним из важнейших компонентов в структуре деятельности Консультационной службы. Клиенты более склонны обсуждать проблемы личного характера именно с психологом. Если информационный запрос клиента был эмоционален и противоречив, он был склонен адресовать его именно специалисту по психологии.

Анализ обращений к врачу-неврологу Консультационной службы

Активность посетителей Консультационной службы в отношении запросов информации о соматических и неврологических последствиях потребления наркотических средств и иных психоактивных веществ за отчетный период была не очень высокой. Неврологу было адресовано всего 6 % общего числа вопросов. Все вопросы, задаваемые врачу-неврологу, могут быть условно разделены на три группы (рис. 7).

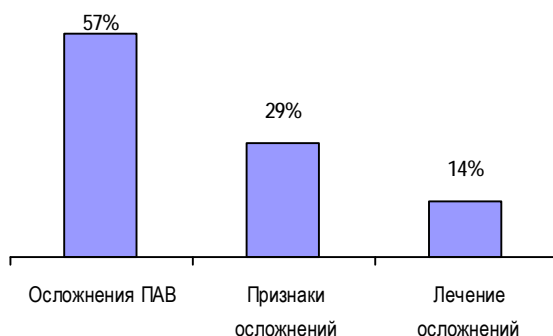


Рис. 7. Распределение вопросов врачу-неврологу

В первую группу вошли вопросы, касающиеся соматоневрологических осложнений, вызванных потреблением психоактивных веществ – 57 % от всего массива вопросов, адресованных неврологу.

Вторая группа включала в себя вопросы о неврологических проявлениях потребления психоактивных веществ – 29 %.

В третью группу можно отнести вопросы, имеющие отношение к лечению неврологических осложнений, обусловленных потреблением психоактивных веществ – 14 %.

Особенностью деятельности этого специалиста является преодоление присущей многим вопросам нечеткости и скудности описания жалоб. Это обуславливает необходимость наводящих вопросов для уточнения картины имеющихся расстройств с целью обеспечения пользователя сервиса адекватной информацией о наличии у него либо у третьего лица того или иного осложнения от употребления наркотиков, а также определения путей решения возникшей проблемы.

*Анализ обращений к специалисту по социальной работе
Консультационной службы*

Следует заметить, что специальность "социальная работа", и в особенности ее раздел, занимающийся реабилитацией лиц, страдающих синдромом зависимости от наркотических средств и психоактивных веществ, сформировались в нашей стране сравнительно недавно. Большинство посетителей Службы, по всей видимости, не совсем понимают сферу компетенции этого специалиста и могут ориентироваться только по контенту его ответов на задававшиеся ранее вопросы. Кроме того, реабилитационная помощь наркологическим больным в нашей стране развивается стихийно, количество учреждений, предлагающих подобные услуги, невелико, законодательная база, обеспечивающая их функционирование, несовершенна и плохо корреспондируется с основными правовыми актами, регламентирующими оказание медицинской, медико-психологической и медико-социальной помощи этому контингенту. Все перечисленное обуславливает некоторую сдержанность наших клиентов при формировании информационных запросов именно этому специалисту. Вместе с тем такие запросы поступают и, судя по их тональности, ответы на них важны для лиц, обращающихся в Консультационную службу.

Полученные вопросы тематически можно подразделить на четыре группы. Вопросы о практической стороне оказания реабилитационной помощи составили 27,3 % общего количества вопросов, направленных специалисту по социальной работе.

Клиенты Службы спрашивали о контактных телефонах тех или иных учреждений реабилитации, о наличии таких структур при тех или иных религиозных или общественных организациях (рис. 8).

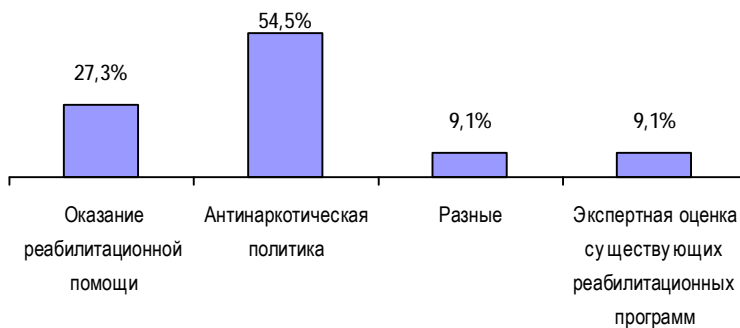


Рис. 8. Распределение вопросов специалисту по социальной работе

Вопросы, посвященные критике современной антинаркотической политики, легализации наркотиков, составили 54,5 % от общего числа вопросов, поданных в этот раздел Консультационной службы. Сторонники легализации некоторых видов наркотических средств и психотропных веществ и либерального отношения к наркопреступности стремятся вступить в диалог практически с каждым специалистом, имея целью найти противоречия во мнениях различных сотрудников Консультационной службы или "подловить" их на ошибках. Несмотря на то что ответы на подобные вопросы не входят в профессиональную компетенцию того или иного специалиста, они отвечают на них и тем самым демонстрируют единство мнений и позиций сотрудников службы, а также осуществляют эффективную контрпропагандистскую деятельность, направленную против легализаторских идей.

Некоторые вопросы совершенно не относились к компетенции этого специалиста, их было 9,1 %.

Анализ обращений к юристу Консультационной службы

Запросы информации юридического характера составили 17 % общего количества вопросов, поступивших в службу. Все

вопросы, задаваемые юристу, можно условно разделить на две части. Вопросы по разъяснению и применению нормативно-правовых актов, связанных проблемой наркотизма и носящих общий характер, составили 67 % от общего числа вопросов заданных юристу (рис. 9).

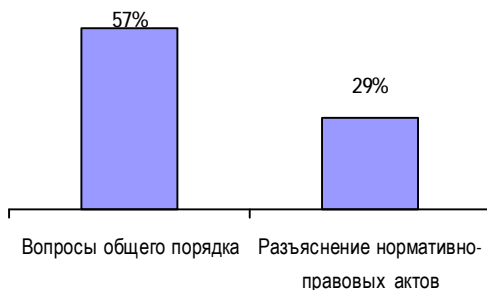


Рис. 9. Распределение вопросов юристу

Клиенты Центра интересовались правовыми аспектами экспертизы наркотического опьянения, проводимой по инициативе сотрудников ГИБДД, особенностями уголовного законодательства в части преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, они просили сообщить, не готовится ли в ближайшее время амнистия для лиц, осужденных за преступления, совершенные в сфере незаконного оборота наркотиков, и т.д.

Вторая группа вопросов носила прикладной и, в ряде случаев, личный характер. Они были обусловлены конфликтными ситуациями с сотрудниками правоохранительных органов или родственниками, употребляющими наркотические средства. Таких вопросов было 33% общего числа вопросов, заданных специалисту.

Посетители Службы спрашивают о законности тех или иных аспектов деятельности сотрудников милиции при совершении ими оперативно-следственных действий.

Заключение. Итоги проделанной работы свидетельствуют, что проект Консультационная служба выполняет важную социально позитивную функцию в отношении лиц, имеющих проблемы связанные с таким негативным общественным явлением,

как наркотизм. Тенденция к росту ее популярности и увеличению количества, а также сложность задаваемых персоналу Консультационной службы вопросов со всей очевидностью подтверждают вышесказанное.

Анализируемый этап работы службы позволил сделать определенные выводы относительно путей и способов ее дальнейшего развития, расширения спектра предлагаемых сервисов и услуг. Наличествует достаточное "пространство" для внедрения новых форм и методов работы как с потребителями наркотических средств и их родственниками, так и с профессионалами, работающими в этой области. На основании приведенного анализа деятельности Консультационной службы могут быть сформулированы предложения для дальнейшего совершенствования ее работы.

Применение Интернет-технологий в консультировании лиц, испытывающих проблемы, связанные с употреблением наркотических средств и психотропных веществ, имеет широкие перспективы развития и должно осуществляться наряду с привычной медицинской и профилактической деятельностью. Структура информационных запросов потребителей наркотиков и их близких позволяет увидеть некоторые ранее скрытые тенденции, отражающие их социальное поведение, отдельные психологические особенности и даже определенные медицинские факты, касающиеся наркологических заболеваний.

Литература

1. *Кузьмин В.* Стратегия ясного сознания // Рос. газ. 2009. 9 сент. <http://www.rg.ru/2009/09/09/narkotiki.html>.
2. *Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Попов С.Л.* Теория и практика интернет-консультирования лиц, связанных с проблемой злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами // Наркология. 2008. № 10. С. 35-41.
3. *Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Федоров М.В.* Интернет-опросы как инструмент индикации латентных тенденций среди потребителей наркотиков // Наркология. 2010. № 1. С.26-32.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ МАРИХУАНЫ
СТАРШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ**

Д. Тодорович, И. Перуничич, С. Марьянович

*Институт психического здоровья, Университет
Сингидурум, Белградский университет, Белград, Сербия*

**MARIJUANA AND HIGH-SCHOOL STUDENTS:
THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES**

D. Todorovic, I. Perunicic, S. Marjanovic

*Institute of Mental Health, University of Singidunum,
University of Belgrade, Belgrade, Serbia*

Epidemiological studies in Europe have shown that using marijuana is one of the most widespread abused psychoactive substances among adolescents (Beck & Legleye, 2009). There has been much discussion about the possible effects that marijuana has on one's mental and physical health. The status of marijuana is still very controversial. Some support the use of marijuana as not being a harmful substance and they are fighting for legalization. Some authors argue against this, stating that abusing marijuana has numerous negative consequences. The aim of this paper is to describe the findings about abusing marijuana and its socio-psychological consequences.

Marijuana is a green, brown or grey mixture of dry cut leaves from stems, seeds and flowers of hemp (lat. *Cannabis sativa*). Until the sixties of the 20th century, marijuana had not been that popular in Europe and America. Today, marijuana is one of the most frequent and widespread psychoactive substances that is abused. Cannabis is a term that refers to marijuana and other drugs that have been extracted from the same plant. The stronger forms of cannabis are sinsemilla (sin-she-me-yah), hashish, and hash oil. All forms of cannabis are psychoactive which means that they influence one's consciousness upon consumption. The main active substance of marijuana and hashish is THC (delta-9-tetrahydro-cannabinol). In addition to THC, marijuana consists of around 400 substances. The effect of Marijuana

depends on its concentration and the power of the THC. Between 1980 and 1997 the concentration of THC in Marijuana significantly increased (El Sohly, et al., 2000). The average concentration of THC in Marijuana is 3 % (Bukelic, 1995).

The largest numbers of Marijuana users consume it as a cigarette (joint) or through a pipe. Sometimes, Marijuana is used as a food supplement or as a tea. Recently, crack cocaine or other psychoactive or illegal substances have been added to marijuana cigarettes.

The Prevalence of Marijuana Abuse. A large amount of research has shown that marijuana is the most frequently used illegal drug in America and Europe. The same results have been found to be true for Serbia. During the 1970s in America, Marijuana's widespread use especially emerged among young people. According to National Institute of Drug Abuse USA, by 1979, more than 60 percent of 12th-graders in America had tried marijuana at least once in their lives. From this peak, the percentage did decrease for more than a decade afterwards, dropping to only 33 percent in 1992. In 1993, for the first time, marijuana use by 12th-graders began to rapidly grow, reaching 50 percent in 1997; although the percentage of 12th-graders who have tried marijuana has roughly leveled out since then, there is still reason for worry. (Johnston, O'Malley & Bachman, 2006). According to Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA, in 2002, an estimated 2.6 million Americans used marijuana for the first time. About two-thirds of them were under the age of 18. Today, the marijuana that is available can be 5 times more potent than the marijuana of the 1970s. The Drug Abuse Warning Network (DAWN) is an agency that collects data about urgent cases of drug use in the USA and has found that 119,000 urgent cases were caused by Marijuana in 2001; 12 % of this number was of young adolescents between 12 and 15 years old. The Community Epidemiology Work Group (CEWG) is an organization that collects data about drug use in the USA and has reported that Marijuana is frequently combined with other drugs such as: crack, cocaine, PCP, and codeine.

Marijuana's Effects on the Brain. There has been much research done regarding how THC acts in the brain to produce its ef-

fects. According to the Institute of Drug Abuse USA, during the consumption of marijuana, THC rapidly passes from the lungs into the bloodstream, which carries the chemical to the brain, where the THC connects to cannabinoid receptors in nerve cells and thereby influences their activity. Many cannabinoid receptors are found in the parts of the brain that influence pleasure, memory, thought, concentration, sensory and time perception, and coordinated movement. When marijuana is smoked, it takes effect immediately after the drug enters the brain. Effects last from 1 to 3 hours. If marijuana is consumed orally, the short-term effects begin more slowly; they usually take effect from 30 minutes to 1 hour, and last longer, sometimes up to 4 hours. Within the first few minutes after inhaling marijuana smoke, an individual's heart begins to beat more rapidly, the bronchial passages relax and enlarge, and blood vessels in the eyes expand, making the eyes appear reddish. The heart rate may jump to 20 to 50 beats per minute. This effect can be greater if other drugs are taken with marijuana. As THC enters the brain, it causes the user to feel euphoria. It does so by affecting the brain's reward system, stimulating brain cells to release dopamine. This causes marijuana users to experience pleasant sensations, colors and sounds may seem more intense to them, as well as the passage of time may seem to them to slow. The mouth of the user may feel dry, and they tend to suddenly become very hungry and thirsty. Their hands may tremble and grow cold. Eventually, euphoria passes, and the user may feel sleepy or unhappy. Occasionally, marijuana use produces anxiety, fear, distrust, or panic. Marijuana users who consume it in high doses may succumb to acute toxic psychosis, which includes hallucinations, delusions, and depersonalization- a loss of the sense of personal identity, or self-recognition.

The Effects of Marijuana on Physical Condition. The use of marijuana has been demonstrated to make difficulty for those users who are trying to quit smoking tobacco. Marijuana use and continued smoking is particularly strong in those who smoke marijuana daily (Ford, Vu, & Anthony, 2002). Burning and stinging of the mouth and throat can be caused even by infrequent marijuana and can often be accompanied by a heavy cough. Marijuana and tobacco smokers regularly have many of the same respiratory problems, such as daily

cough and phlegm production, frequent acute chest illnesses, a heightened susceptibility to lung infections, and a greater tendency towards obstructed air passages. The risk of cancer of the respiratory tract and lungs may also be increased by Marijuana smoke (Tashkin, 1990). This is due to the fact that marijuana contains irritants and carcinogens; its smoke contains 50 percent to 70 percent more carcinogenic hydrocarbons than from tobacco. High levels of an enzyme that converts certain hydrocarbons into their carcinogenic form - levels that may be able to accelerate changes that ultimately produce malignant cells - are also produced more actively by marijuana smoke. Certain adverse health effects caused by marijuana may occur due to the fact that THC impairs the immune system's ability to fight infectious diseases and cancer. In certain laboratory experiments where animal and human cells were exposed to THC or other active ingredients in marijuana, the normal disease-preventing reactions of many of the key types of immune cells were inhibited (Adams & Martin, 1996). According to the National Institute of Drug Abuse, the consequences of using Marijuana are the following: those that are acute (present during intoxication) include impairment to short-term memory, attention, judgment, and other cognitive functions, impairment to coordination and balance, increase of heart rate; those that are persistent (lasting longer than intoxication, but may not be permanent) include impairment to memory and learning skills; those that are long-term (cumulative, potentially permanent effects of chronic abuse) include addiction, increases for the risk of chronic cough, bronchitis, and emphysema, increase for the risk of cancer of the head, neck, and lungs.

Professional and Social Consequences of Abusing Marijuana. There is evidence that depression, anxiety and tension are related to the consumption of marijuana. It has been found that marijuana has the potential to cause problems in one's everyday life, or to further worsen them. Marijuana has an effect on one's ability to learn and their memory, and decreasing one's intellectual, working and social skills. The negative effects of marijuana on one's ability to learn and memory can last for a days or weeks, after the acute effect of consumption disappears (Pope et al., 2001). It has been found that adolescents who smoke Marijuana have a lower G.P.A. (Grade Point

Average) than their peers who abstain from using the drug (Brook, Balka & Whiteman 1999; Lynskey & Hall, 2000).

Chronic marijuana use produces impairment of verbal expressive skills without concomitant impairment of vocabulary, reading comprehension, mathematical abilities, or general abilities (Robert et al., 1990). Associations between the extent of marijuana use and subsequent educational achievement including dropping out of school, failing to enter university and failure to obtain a university degree have also been found (Fergusson, Horwood, & Beautris, 2003). The result of research that has been conducted on college students who use marijuana has shown a decrease in concentration, memory and ability to learn (Pope & Yurgelun-Todd, 1996). Users of frequent and large quantities of marijuana have more difficulty to keep attention, register, organize and use information, compared to the users that consume marijuana only 3 times a month. Recent studies have shown that even the infrequent use of marijuana among adolescents is a significant predictor for the later consumption of other drugs and problems in education (Degenhardt et al., 2010). Results also have shown a lower level of intellectual functioning in those who consume marijuana every day. It was also found that after quitting marijuana, some intellectual abilities were able to be recovered. Heavy marijuana use can possibly impair one's ability to form memories, recall events and shift attention from one item to another (Pope & Yurgelun-Todd, 1996). The correlation between marijuana and low educational success, lower salaries, material insecurity as well as problems in one's relationship with their significant other has also been found (Fergusson & Boden, 2008).

THC is also able to disrupt one's coordination and balance by binding itself to receptors in the cerebellum and basal ganglia. Due to its effects on the brain and body, marijuana intoxication is known to be the cause of accidents (Cimbura et al., 1990). It has also been found that consuming marijuana increases behavioral problems in youths, increases depression, suicide and criminal behavior (Fergusson, Horwood & Swain-Campbell, 2002). (Although, it must be noted that abusing all kinds of psychoactive substances increase criminal behavior). It has also been found that people under 16 years

of age who abuse psychoactive substances have a high risk of being arrested (Slade et al., 2008)

Abusing marijuana together with alcohol is recognized as being a possible cause of slower psychosocial development (Chassin et al., 2010). According to the results of epidemiological studies regarding an increase in the consumption of marijuana among adolescents, it is of significant importance to highlight the relationship between consumption of marijuana and chronic mental health problems. Research has shown that consumption of marijuana during adolescence increases the risk for developmental psychosis later in life (Arseneaul et al., 2002; Henquet et al, 2005; McGrath et al., 2010). Evidences from studies also suggest that heavy cannabis use may increase depressive symptoms (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003).

Method. *Present study.* The aim of this study was to assess the prevalence of marijuana consumption among high-school students. In addition, the relationship between using marijuana and one's prosocial behavior and G.P.A. was investigated.

Participants. The sample consisted of 296 high school students. The study was conducted in Belgrade, Serbia. The mean age was 17,24; SD-0,63 (range from 16 to 19); 50,3 % were females and 49,7 % were males.

Procedure. The study was conducted in 4 high schools in Belgrade, Serbia. During the testing, subjects were found in their classrooms, and an examination was performed during their regular classes. A socio-demographical questionnaire was administered to them, which covered questions about marijuana consumption, punishments for their improper behavior in school, problems in their behavior (such as being prone to fights), severe illegal behavior (robberies, or breaking into another person's domicile)

Results. It was found that 17,1 % of high-school students consumed marijuana. Statistically significant positive correlations between using marijuana and punishments for improper behavior in school, proneness to fighting, severe illegal behavior were found. In addition, a statistically significant negative correlation with one's G.P.A. (Table) and marijuana use was found.

Predicting Gender Membership According to Canonical Function

	Improper behavior	Proneness to fighting	Severe illegal behavior	G.P.A
Marijuana	0,211**	0,295**	0,351**	-0,143*

Analyzing gender differences, it was found that males consume marijuana more than females (Pearson Chi-Square=29,582, $p < 0,001$).

Discussion. It is important to note that while this type of research always comes under the huge influence of providing socially desirable answers, a huge number of marijuana users among high-school students were still found. The result that marijuana users are less successful in school is in accordance with the results of effects marijuana on the CNS. The continuous use of marijuana leads to cognitive deficiency, a disturbed memory and a weakened ability to learn, which can all cause lower grades and problems in education. Educational neglect is merely a starting point for further economic and social consequences on society. This has been confirmed by many studies and our results are in concordance with the fact that marijuana consumers are more prone to antisocial and criminal behavior. It should be noted also that our study has found that males use marijuana significantly more than females.

Our results indicate that harmful effects of marijuana do exist and this is a significant piece of evidence against marijuana's decriminalization (which is often wrongly interpreted as legalization; in other words, permission to abuse marijuana). On the contrary, more restrictive laws can decrease accessibility to all psychoactive substances, as well as marijuana. In addition to laws, it is necessary to involve a huge number of high-school students in educational programs, to design preventive programs for schools and local groups for adolescents, as well as for their parents and teachers. Society must increase the options for the creative spending of free time, which can decrease exposure to experimenting with psychoactive substances. The role of media is of the utmost importance, as it must inform the public about the harmful effects of psychoactive substances, breaking the very popular widely held belief that there are some easy, harmless drugs, as in reality, there is no difference between so called easy and severe drugs.

References

1. *Adams I.B., Martin B.R.* Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans // *Addict.* 1996. № 91. P. 1585-1614.
2. *Arseneault L., Cannon M., Witton J., Murray M.R.* Causal association between cannabis and psychosis // *Brit. J. Psychiat.* 2004. № 184. P. 110-117.
3. *Beck F., Legleye S.* Sociology and epidemiology of consumption of psychoactive substances in adolescents // *Encephale.* 2009. № 35. P. 190-201.
4. *Block R.I., Farnham S., Braverman K., Noyes R. Jr., Ghoneim M.M.* Long-term marijuana use and subsequent effects on learning and cognitive functions related to school achievement: *preliminary study* // *Research Monographs / National Institute of Drug Abuse.* 1990. № 101. P. 96-111.
5. *Brook J.S., Balka E.B., Whiteman M.* The risks for late adolescence of early adolescent marijuana use // *Am. J. Pub. Health.* 1999. № 89. P. 1549-1554.
6. *Bukelić J.* Droga u školskoj klupi. Belgrade: Velarta, 2005.
7. *Cimbura G., Lucas D.M., Bennett R.C., Donelson A.C.* Incidence and toxicological aspects of cannabis and ethanol detected in 1394 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario (1982-1984) // *J. Foren. Science.* 1990. № 35. P. 1035-1041.
8. *Chassin L., Dmitrieva J., Modecki K., Steinberg L., Cauffman E., Piquero A.R., Knight G.P., Losoya S.H.* Does adolescent alcohol and marijuana use predict suppressed growth in psychosocial maturity among male juvenile offenders? // *Psychol. Addict. Behav.* 2010. № 24. P. 48-60.
9. *Degenhardt L., Hall W., Lynskey M.* Exploring the association between cannabis use and depression // *Addict.* 2003. № 98. P. 1493-1504.
10. *Degenhardt L., Coffey C., Carlin J.B., Swift W., Moore E., Patton G.C.* Outcomes of occasional cannabis use in adolescence: 10-year follow-up study in Victoria, Australia // *Brit. J. Psychiat.* 2010. № 196. P. 290-295.
11. *El Sohly M.A., Ross S.A., Mehmedic Z., Arafat R., Yi B., Banahan B.* Potency trends of delta-9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980–1997 // *J. Foren. Science.* 2000. № 45. P. 24-30.
12. *Fergusson D.M., Boden J.M.* Cannabis use and later life outcomes // *Addict.* 2008. № 103. P. 969-976.
13. *Fergusson D.M., Horwood L.J., Beauvais A.L.* Cannabis and educational achievement // *Addict.* 2003. № 98. P. 1681-1692.
14. *Fergusson D.M., Horwood L.J. & Swain-Campbell N.* Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood // *Addict.* 2002. № 97. P. 1123-1135.
15. *Ford D.E., Vu H.T., Anthony J.C.* Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample // *Drug & Alcoh. Depend.* 2002. № 67. P. 243-248.
16. *Henquet C., Krabbendam L., Spauwen J., Kaplan C., Lieb R., Wittchen H.U., van Os J.* Prospective cohort study of cannabis use, predispo-

- sition for psychosis, and psychotic symptoms in young people // *Brit. Med. J.* 2005. № 330. P. 11.
17. *Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G.* Monitoring the future: national results on adolescent drug use: overview and key findings. National Institute of Health Publication. 2005. 06-5882.
 18. *Lynskey M., Hall W.D.* The effects of adolescent cannabis use on educational attainment // *Addict.* 2000. № 96. P. 433-443.
 19. *McGrath J., Welham J., Scott J., Varghese D., Degenhardt L., Hayatbakhsh M.R., Alati R., Williams G.M., Bor W., Najman J.M.* Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults // *Arch. Gen. Psychiat.* 2010. № 67.
 20. National Institute of Drug Abuse Research Report Series – National Institute of Health Publication. 2005. 05-3859.
 21. *Pope H.G., Gruber A.J., Hudson J.L., Huestis M.A., Yurgelun-Todd D.* Neuropsychological performance in long-term cannabis users // *Arch. Gen. Psychiat.* 2001. № 58. P. 909-915.
 22. *Pope H.G., Yurgelun-Todd D.* The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students // *J. Am. Med. Assoc.* 1996. № 275. P. 521-527.
 23. *Slade E.P., Stuart E.A., Salkever D.S., Karakus M., Green K.M., Ialongo N.* Impacts of age of onset of substance use disorders on risk of adult incarceration among disadvantaged urban youth: a propensity score matching approach // *Drug and Alcohol Depend.* 2008. № 95. P. 1-13.
 24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Emergency Department Trends From DAWN: Final Estimates 1995-2002. DAWN Series D-24; DHHS Pub. No. (SMA) 03-3780. Rockville, MD: SAMHSA, 2003.
 25. *Tashkin D.P.* Pulmonary complications of smoked substance abuse // *West. J. Med.* 1990. № 152. P. 525-530.

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТАТУИРОВКИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.Д. Борохов, Д.З. Борохов

*Иерусалимский центр заместительной терапии,
Иерусалимский институт доказательной медицины, Израиль*

Введение. К элементам невербального поведения в рамках объективных психических феноменов относятся внешний вид, походка, позы, действия, движения, мимика и жестикация, которые имеют свои характерные особенности при различных видах психопатологии [2, 7, 9, 11]. К атрибутам внешнего вида относятся одежда больного, его причёска, пирсинг, шрамы и татуировки, обнаруживаемые при физикальном осмотре [3, 5-7, 12]. На протяжении многих веков татуировка использовалась как символ этнической принадлежности и социального статуса носителя, а также как признак его отчуждения [1, 2]. С середины прошлого века татуировка становится элементом моды и получает широкое распространение в молодёжной среде [2, 3]. На практике изобразительная характеристика татуировки, её групповая принадлежность и смысловая нагрузка используются для идентификации личности носителя, его социальной и профессиональной принадлежности, а в ряде случаев и для психопатологической оценки его личности.

Особенно широко интерпретация татуировок применяется в этнографии, криминалистике и психологии [4, 8-11].

Использование психосемантической¹ интерпретации татуировок для диагностики психопатологии носит единичный характер [2-4, 9-12]. Это побудило нас предпринять попытку с позиций психиатрии и медицинской психологии изучить изобразительное и смысловое значение татуировок у больных с психическими и поведенческими расстройствами.

Актуальность работы заключается в том, что она может значительно расширить список невербальных проявлений целого ряда психических и поведенческих расстройств. Кроме того, добровольно нанесённые татуировки, в ряду других невербальных признаков, могут играть существенную роль в диагностике психических и поведенческих расстройств, особенно в случаях, когда обследуемый преднамеренно стремится ввести врача в заблуждение.

Целью исследования являлось изучение изобразительного и смыслового значения татуировок как невербального диагностического признака у больных с расстройствами шизофренического спектра. Для достижения цели решались следующие **задачи**:

1. Установить, насколько факт наличия определённых татуировок и их изобразительное и смысловое значение соответствует психиатрическому диагнозу, отражает характер психического состояния.
2. Разработать метод и критерии изобразительной, смысловой и социально-психологической интерпретации татуировок у больных с психическими расстройствами.
3. Установить смысловое значение и определить дифференциально-диагностические критерии татуировок у больных шизофренией, шизотипическими и шизоаффективными расстройствами личности.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были избраны мужчины молодого возраста с клинически подтвержденным психиатрическим диагнозом, имевшие татуировки и наблюдавшиеся в специализированных лечебных учреждениях России, Казахстана и Израиля. Исследование продолжалось в

¹ *Семантика* (фр. *sémanétique* от греч. *σημαντικός* – обозначающий) также *семиология* – наука о понимании определённых знаков, последовательностей символов и других условных обозначений; раздел *семиотики*.

1986-2009 гг. Предметом исследования стала изобразительная и смысловая интерпретация 1576 татуировок, выявленных нами у 412 больных с различными видами психических расстройств.

Предметом исследования стала гомогенная группа из 48 мужчин, имевших татуировки, в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст – 25,6±6,4 года). Согласно критериям МКБ-10, в 29 случаях (60,4 %) из 48 был установлен диагноз шизофрении (F20), в 20 случаях наблюдались параноидная (F20.0), в 4 – гебефреническая (F20.1), а в 5 – резидуальная (F20.5) формы заболевания. У 8 больных (16,7 %) было диагностировано шизоаффективное расстройство смешанного типа (F25.2), у 11 (22,9 %) – шизотипическое расстройство (F21).

В качестве дополнительных к клиническому интервью методов были использованы психологические методики ММРІ и тест "Руки".

Результаты исследования и обсуждение. 35 больных, входивших в исследуемую группу (72,9 %), в армии не служили. Из них к моменту призыва 8 человек уже имели ранее установленный психиатрический диагноз, подтвержденный неоднократно госпитализациями, 16 были освобождены от призыва на воинскую службу при прохождении призывной комиссии, у 11 больных заболевание развилось во время отсрочки, предоставленной им для продолжения образования.

Из 13 человек, призванных в армию, 5 были комиссованы по состоянию здоровья в течение первого года нахождения в армии, остальные 8 отслужили положенный срок, и заболевание у них развилось после демобилизации.

Более чем у половины больных (60,7 %) отмечалась наследственная отягощённость психическими расстройствами. В 13 случаях психические расстройства отмечены среди родственников первой, в 16 – второй линии. Среди случаев психической патологии среди родственников 12 больных преобладала шизофрения, а у 9 обследуемых близкие родственники злоупотребляли психоактивными веществами (наркотики и алкоголь). Среди других видов психопатологии обнаруживались аффективные и навязчивые состояния.

У наблюдавшихся нами больных шизофренией, шизотипическим и бредовыми расстройствами имело место увлечение мистикой, парапсихологией, оккультными науками и уфологией. Большинство больных (70,8%) подчеркивало собственную индивидуальность и отрицало какую-либо групповую принадлежность. Среди остальных больных 5 идентифицировали себя как "сатанисты", 4 относили себя к числу спортивных и музыкальных фанатов, двое – к числу панков, остальные – к различным общественно-политическим движениям (анархисты, пацифисты).

Из больных, страдавших шизофренией, более чем у половины (58,6 %) в анамнезе имели место случаи агрессивного поведения и аутоагрессии. Суицидальные попытки носили множественный характер (в среднем по 4-5 попыток на одного суицидента) и в одном случае закончились гибелью больного. Среди больных шизофренией только двое привлекались к уголовной ответственности, один за драку, другой за двойное убийство. Из числа суицидальных попыток треть случаев приходилось на вскрытие вен верхних конечностей, второе место по частоте принадлежало порезам мягких тканей, третье – отравлениям, четвертое – случаям самоповешенья. Из 8 больных с шизотипическим расстройством у двух наблюдались случаи агрессии или аутоагрессии. Никто из указанной группы больных не привлекался к уголовной ответственности. Все больные, страдавшие шизоаффективным расстройством, совершали многократные суицидальные попытки, в основном путём вскрытия вен.

Из наблюдавшихся нами 48 больных шизофренией, шизотипическим и бредовыми расстройствами, 11 злоупотребляли алкоголем, а у 4 больных была диагностирована наркотическая зависимость. Однако, поскольку у указанных больных расстройства мышления проявились значительно раньше, чем поведенческие и эмоциональные нарушения, связанные с злоупотреблением психоактивными веществами, то развитие алкогольной и наркотической зависимости следует отнести к осложнению основного заболевания.

Из 29 больных шизофренией пятеро были госпитализированы первично и на момент обследования находились в услови-

ях закрытого отделения для острых больных от двух недель до двух месяцев. Среди больных с шизоаффективным расстройством только двое находились на стационарном лечении впервые, трое пациентов в анамнезе имели по две госпитализации, у одного больного их было три и еще у двух – множественные.

Практически все больные с шизотипическим расстройством наблюдались нами в условиях амбулаторного приема в рамках деятельности военно-призывной комиссии. У 12 пациентов имели место случаи принудительной госпитализации вследствие развития у них психотических состояний и реальной опасности как для окружающих, так и для самих больных.

Среди больных параноидной формой шизофрении к моменту первой госпитализации наблюдалась значительная социальная дезадаптация. Практически 90 % их не были социально заняты в трудовой деятельности или учебе в течение от полугода до года.

В клинической картине доминировали расстройства мышления, выражающиеся в бредовых идеях. Систематизированный бред преследования был диагностирован в 13 случаях, он представлял собой бредовые переживания, связанные с повседневной жизнью, отражающей воображаемые или сильно искаженные реальные конфликтные отношения (семья, соседи, работа, брак). В пяти случаях имели место бредовые идеи фантастического содержания: больные сообщали, что их мозг подвергается воздействию "облучения" невидимыми "лучами смерти" инопланетного характера, либо спецслужбы (КГБ, ЦРУ, ШАБАК) испытывают на них свое "психотропное оружие", делающее мозг открытым для чтения мысли, или "использования их мозга как передатчика". В двух случаях на фоне сочетания бредовых идей отношения и сверхценных идей доминирующим являлось неадекватное поведение, представляющее опасность для жизни пациентов. Так, один больной-репатриант был арестован пограничным патрулем, когда с риском для жизни, не зная ни арабского языка, ни иврита, пытался проникнуть на арабскую территорию, чтобы разыскать штаб террористов и убедить их начать мирные переговоры. Другой пациент внезапно, без видимых причин, бросил работу и дом, сжег все свои документы и скры-

вался в пещерах в ожидании начала войны с Ираком, где и был найден полицией в состоянии крайнего физического истощения и доставлен в приемный покой больницы.

В 12 случаях заболевание сопровождалось слуховыми галлюцинациями, как правило, "голоса" имели комментирующий характер, реже наблюдались галлюцинации императивного характера. В трех случаях имели место зрительные галлюцинации и иллюзии, как правило, пугающего характера, соответствующего бредовым переживаниям.

Среди пациентов с гебефрениой шизофренией отмечалось в качестве ведущего симптома дурашливое, неадекватное поведение, сопровождающееся гримасами и вычурными движениями".

Среди больных с резидуальной шизофренией наблюдался относительно широкий спектр различных симптомов, таких, как оскудение эмоций и словарного запаса, нарушение процесса мышления.

У подавляющего числа больных с шизотипическим расстройством наблюдались необычные убеждения и проявления магического мышления, странное эксцентричное поведение, нарушение мышления и речи. Несколько реже встречались жалобы на необычные перцептивные ощущения, наличие подозрительности или появления параноидных мыслей. У половины больных отмечалась чрезмерная тревожность при общении с окружающими, отсутствие близких друзей, неадекватность или обеднение эмоций.

Психологическое обследование с помощью ММРІ проводилось практически у всей подгруппы с шизотипическим расстройством. Что касается пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством, то наличие повторных наблюдений психического статуса, длительность пребывания в стационаре и типичность клинических симптомов, а также возможные искажения при оценке личности из-за перенесенного психоза указывали на отсутствие необходимости проведения этой достаточно трудоемкой методики.

При обследовании пациентов с шизотипическим расстройством были отмечены высокие показатели (75-80 Т) по шкалам 6 ("Паранойя"), 8 ("Шизофрения") и 10 ("Социальная интроверсия").

Тест "Руки" из 29 больных шизофренией не смогли выполнить 8 человек, включая всю подгруппу пациентов, страдающих гебефренической шизофренией. Среди лиц, страдающих параноидной шизофренией, агрессивность существовала лишь потенциально в виде страха или аутоагрессии. Только в 4 случаях, когда этот коэффициент агрессивности был выше единицы, наблюдалась тенденция к агрессивному поведению.

Ответы при резидуальной шизофрении отличались пассивной безличностью и зависимостью, конкретным физическим описанием руки. У шизоаффективных пациентов двое не смогли выполнять тест из-за психотического состояния. Среди 6 остальных только у одного коэффициент коммуникативности-агрессивности был выше единицы. В ответах доминировали аффектация, коммуникация, зависимость.

Из 11 обследуемых, страдающих шизотипическим расстройством, только один отказался от тестирования, в 7 случаях коэффициент был ниже единицы. Обращала на себя внимание некоторая "оригинальность" ответов, например кисть с растопыренными пальцами воспринималась как "превращающаяся в лапу оборотня или судорожно тянущаяся за оружием", а вытянутая ладонь трактовалась как нацистское приветствие. На "пустой карточке" один обследуемый нарисовал пятипалую конечность инопланетянина, пояснив, что от них произошли люди.

У наблюдавшихся нами больных шизофренией, шизотипическим и шизоаффективными расстройствами было выявлено, описано и интерпретировано 153 татуировки. При этом в зависимости от характера психопатологического расстройства среднее число татуировок на одного носителя колебалось в пределах от $2,7 \pm 0,7$ (параноидная шизофрения) до $4,3 \pm 1,0$ (шизотипические расстройства) при достаточно высоком критерии показателя достоверности различия ($p < 0,001$).

Возраст нанесения первых татуировок был тесно связан с характером психопатологического процесса. Больные с гебефренической формой шизофрении и шизотипическими расстройствами, как правило, наносили себе татуировки в подростковом возрасте (соответственно $14,3 \pm 0,5$ и $16,6 \pm 1,6$ года), больные с параноидной шизофренией и шизоаффективными расстрой-

ствами – в возрасте 18-20 лет (соответственно $18,9 \pm 1,0$ и $19,6 \pm 1,1$ года). Страдающие резидуальной формой шизофрении наносили себе первые татуировки в более зрелом возрасте ($21,4 \pm 1,1$ года).

При шизоаффективных расстройствах, параноидной и гебефренической формах шизофрении нанесение первых татуировок в основном предшествовало началу манифестации психопатологического процесса. При резидуальной форме шизофрении и шизотипических расстройствах наблюдалась обратная последовательность.

Со слов больных, все имеющиеся у них татуировки были сделаны ими добровольно, с полного их согласия или по их желанию. Большинство больных (54,9 %) в качестве основной причины нанесения татуировки назвали своё желание подчеркнуть собственную индивидуальность, свой взгляд на окружающий мир и своё место в этом мире. На втором месте среди мотивов опрошенные называли желание "украсить" собственное тело и сделать его более привлекательным (34,0 %).

В ряде случаев мистическая татуировка одновременно выполняла функцию талисмана-оберега (от "злого глаза"). Так, изображение "маски джокера" на наружной поверхности локтевого сгиба трактовалось больным как нанесение защитного знака.

Больные с гебефренической шизофренией, в отличие от больных с другими формами заболевания, имели единичные изображения с примитивно-знаковой символикой, которые наносили себе сами, в самом начале заболевания, проявляющиеся в поведенческих девиациях. Дальнейшее прогрессирование патологического процесса мышления практически исключало получение достоверной информации, подлежащей анализу. Можно лишь отметить, что выявленные у них татуировки были неспецифичны и носили подражательный характер.

Статусные, памятно-сентиментальные, функциональные и другие мотивы нанесения татуировок выдвигались обследованными достаточно редко.

Больные с шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами крайне серьезно относятся к нанесению татуировок. Как правило, содержание изображения тща-

тельно продумывается, вплоть до мельчайших деталей. Большой перебирает множество вариантов, пока не находит изображение, близкое его представлению, в которое впоследствии вносит индивидуальные изменения и дополнения. Так, один из наблюдаемых нами больных перед тем, как сделать себе татуировку в виде дракона, пересмотрел в Интернете и в литературе несколько десятков тысяч (!) изображений этого сказочного персонажа, пока не подыскал рисунок, максимально приближенный к его представлению.

Случаи самотатуирования крайне редки (2,7 %). Самостоятельно выполненные татуировки носили примитивно-знаковый характер и наблюдались нами только у больных гебефренической формой шизофрении.

Личная разработка сюжета мистико-магического характера, изготовление предварительных эскизов, а также внесение собственных элементов в традиционные изображения, как правило, не только отрицали случайный, "подражательный" выбор, но и говорили о проецировании содержательного аспекта мышления на индивидуальный визуализированный образ. Обычно подобный образ не может быть понят окружающими без дополнительной трактовки самого носителя.

Нередки случаи, когда известному образу пациентами придается новый смысл, основанный на аутистических построениях и переносе собственных переживаний в графические формы. Например, у наблюдаемого нами резидуального шизофреника нанесенный на наружную часть голени гигантский египетский знак – "анх" (Т-образный крест, соединенный с овалом на верхней перекладине). Несмотря на типичный мистико-магический характер рисунка, последний, по замыслу больного, означал: "никогда больше не дам себя оперировать" и был связан с болезненными внутривенными вливаниями и наложенной при этом прозрачной повязкой, фиксирующей иглу и напоминающей знак "анх". Выйдя в краткосрочный отпуск, больной сразу же отправился в тату-салон и сделал себе указанную татуировку, утверждая, что, увидев ее, "врачи поймут и не будут его больше мучить". На вопрос, почему он сделал татуировку на ноге, больной заявил, что "все равно врачи его раздевают".

Размер изображения в определённой степени зависит также от характера и формы психопатологического процесса. Среди татуировок, нанесённых себе добровольно больными с гебефренической и резидуальной формами шизофрении, преобладали изображения небольшого размера, в то время как у больных с шизоаффективными и шизотипическими расстройствами встречались татуировки крупного и гигантского размеров, в 1,5 раза превышая удельный вес малоформатных изображений (соответственно 45,9 против 28,4 %).

В случаях, когда размер изображения являлся предметом выбора, наличие татуировки более крупного формата косвенно может свидетельствовать о глубине и выраженности психопатологического процесса. У больных параноидной шизофренией и шизоаффективными расстройствами распределение татуировок по форме изображения однотипно. На первом месте по частоте встречаемости находятся рисунки (соответственно 47,2 и 39,6 %), на втором – символы (35,8 и 33,3 %), на третьем – цифры, знаки и аббревиатуры (13,2 и 15,5 %). Татуировки в виде надписей и орнаментов единичны.

При шизоаффективном расстройстве, в отличие от больных, страдающих параноидной шизофренией и шизотипическими расстройствами, встречаемость татуировок в виде цифр, знаков и аббревиатур в два раза выше (30,8 против 13,2-14,5 %). У больных с гебефренической шизофренией три четверти татуировок по форме изображения имели знаковый характер. У лиц с резидуальной формой заболевания подавляющее число татуировок представляли собой символы и рисунки. Например, обследуемый с шизотипическим расстройством выколол у себя на животе надпись "LIER" (лжец). По его мнению, подобная татуировка будет убеждать окружающих в том, что он больше не будет лгать, так как он уже сам заклеил себя как обманщик. Другой больной, диагностированный как параноидный шизофреник, украсил свое тело хаотически вытатуированным алфавитом, чтобы показать, что он "хорошо учился в школе".

Татуировки у больных с шизофренией, шизотипическими и шизоаффективными расстройствами в большей части располо-

жены на участках тела, как правило, закрытых верхней одеждой, и не бросаются в глаза окружающим.

У больных с шизофренией и шизоаффективными расстройствами максимальное число татуировок было расположено на кожных покровах верхних конечностей (соответственно 48,2 и 53,8 %), на втором месте находилась кожа спины и передней поверхности грудной клетки (27,9 и 23,1 %), на третьем – покровы нижних конечностей (12,6 и 11,6 %).

У больных с шизотипическими расстройствами максимальное число татуировок было расположено на спине и передней поверхности грудной клетки (45,8 %), на втором месте находилась кожная поверхность верхних конечностей (33,4 %), на третьем – бёдер и голени (6,2 %). Обращает на себя внимание относительно высокий удельный вес татуировок, наносимых на кожу лица и шеи. У больных с шизоаффективными расстройствами он достигает 7,7%. Самоидентификационная функция татуировок в значительной степени определяет место их расположения на поверхности тела. У больных с шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами до 70 % татуировок расположено навсегда открытых или на легко обнажаемых частях тела. По нашим наблюдениям, при шизофрении этот показатель составляет 62,0 %, при шизоаффективных и шизотипических расстройствах – 69,2 и 68,7 % соответственно.

Характерной особенностью татуировок при шизофрении, шизоаффективных и шизотипических расстройствах является нарушение логической связи между смысловым контекстом татуировки и выбором места её нанесения. Как правило, носитель не может объяснить, ни чем был продиктован выбор рисунка, ни место его нанесения. Больные лишь подчеркивают, что испытывают "внутреннюю необходимость" украсить тело такой татуировкой, нанося её именно на это место.

Так, лица с расстройствами мышления наносили себе татуировки декоративно-украшающего характера на участки поверхности тела, которые практически всегда закрыты одеждой. При этом обладатели татуировок либо затруднялись объяснить выбор места, либо давали пространные, псевдофилософские объяснения, типа "дракон сзади на спине – это прошлое, никому

не нужно видеть мое прошлое, дракон на ноге – это будущее, я двигаюсь к нему и это мой выбор", "пчелу сделал на животе, чтобы смотреть на неё и напоминать себе, что надо быть трудолюбивым".

Интерпретация смыслового значения татуировок наиболее полно отражает психопатологические черты личности больного при шизофрении, шизоаффективных и шизотипических расстройствах. Фактически до 70 % всех татуировок, наблюдавшихся нами у этой группы больных, относились к числу мистических и декоративно-украшающих. Учитывая, что нанесение татуировки у больных данной группы, носило исключительно добровольный характер, особое внимание нами уделялось семантическому анализу подобных изображений.

Следует отметить, что мистико-магические татуировки в своём большинстве наносились в продромальном периоде или же в начале развития психопатологического процесса. В определённой степени это подтверждается тем, что удельный вес мистико-магических татуировок у больных с шизотипическими расстройствами составил 52,1 %; при шизоаффективных расстройствах – 46,2 %, при параноидной шизофрении – 28,3 %; при резидуальной форме заболевания мистические татуировки носили единичный характер, а при гебефрентной форме шизофрении мы не наблюдали ни одной татуировки этого типа.

Среди мистических татуировок нередко встречались рисунки, говорящие о нарушении спонтанности интрапсихических процессов и расщеплении мышления. Этот вид татуировок был характерен для больных с расстройствами мышления. Как правило, такие изображения отражали борьбу сил добра и зла, происходящих "внутри самого больного". Сами обследуемые так трактовали подобные изображения: "Во мне сражаются два мира, черт и ангел, я не знаю, кто победит и в кого я превращусь", "Это как бы мое собственное лицо, где я наполовину «демон» (когда бью мать и сестру, сжигаю книги) и «ангел», когда спокойно принимаю уколы", "Вампир на спине – это зло, которое во мне сидит, и которое я не могу достать. Я изобразил его, чтобы показать, что не боюсь его, а ошейник на шее вампира показывает, что я им управляю".

Третье место среди татуировок занимают изображения агрессивно-угрожающего и демонстративно-протестного характера (15,1 %), причем частота встречаемости татуировок агрессивно-угрожающей направленности была в два раза выше, чем изображений демонстративно-протестного характера (10,5 и 4,6 % соответственно). При параноидной шизофрении этот разрыв несколько ниже (15,1 и 9,4 % соответственно), при шизотипических расстройствах удельный вес агрессивно-угрожающих татуировок был в пять раз выше, чем татуировок демонстративно-протестной направленности.

Психопатологические татуировки были алогичны, практически непонятны окружающим, имели мистическую направленность и, по сути, являлись отражением бредовых проявлений заболевания. В ряде случаев имело место несоответствие (дискордантность) между смысловым контекстом татуировки и местом её нанесения. Например, больной с шизотипическим расстройством личности нанес себе на ягодицу (интимная зона) с целью украшения примитивно-знаковую татуировку, изображающую графический силуэт газонокосильщика.

Удельный вес патопсихологических татуировок в общем числе кожных изображений у больных с шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами находится в прямой зависимости от характера патологического процесса. Наиболее высок он у больных с шизотипическими и шизоаффективными расстройствами (41,7 и 38,4 % соответственно). Татуировки, свидетельствующие о наличии психопатологических расстройств, наблюдались у трети больных с резидуальной формой шизофрении и у 20,8 % больных с параноидной формой заболевания.

Культовые и групповые татуировки, говорящие о принадлежности их носителей к неформальным группам социально-негативной направленности (10,5 %) встречались у больных с параноидной шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами. Причем у последних удельный вес их достигал 18,7 %. Так, культовая татуировка была обнаружена у обследуемого двадцати пяти лет с шизотипическим расстройством, считающим себя последователем Будды, который нанес

её себе на лоб в виде изображения распутившегося цветка лотоса (след Кришны).

По нашим наблюдениям, участие в религиозных культовых сектах с мистическим уклоном ("сатанисты"), чётко коррелировало с аналогичной символикой, хотя знания об образах "сил тьмы" были у обследованных отрывочны, поверхностны и малоинформативны. Девиантность поведения в этой группе больных зачастую проявлялась в бессмысленных актах вандализма, например, в нанесении сатанинских символов на памятник "Неизвестному солдату".

У больных с резидуальной шизофренией нанесение татуировки совпадало с периодами ремиссий, в то время как для параноидных и шизоаффективных пациентов более характерно нанесение татуировки на начальном этапе обострения и нередко соответствовало бредовым переживаниям больного.

Выводы. Проведенный нами ретроспективный анализ причин нанесения первых татуировок показал, что более половины опрошенных в качестве основной причины назвали желание подчеркнуть собственную индивидуальность, на втором месте было названо желание "украсить" своё тело, на третьем – имело место подражание.

По форме изображения около 80 % татуировок представляли собой художественно выполненные тематические рисунки и изображения символов. Надписи и аббревиатуры носили единичный характер.

Обращают на себя внимание сюжетные особенности первых татуировок, сделанных больными с шизофренией, шизотипическими и шизоаффективными расстройствами. Как показали наши наблюдения, подавляющее большинство татуировок носило личностно-фантазийный характер, а в изображениях подражательного характера больные вносили множественные личностно-фантазийные элементы.

При других психических заболеваниях содержательная нагрузка имеющихся татуировок, как правило, понятна окружающим и не требует от их носителя дополнительных разъяснений. Поэтому ими при татуировке используются общепринятые символы и сюжеты, имеющие второй, скрытый смысл, который

достаточно хорошо понятен окружающим. В отличие от этого правила у больных с расстройствами мышления трактовка практически 70 % татуировок требовала личного участия носителя, так как имела неочевидное или малопонятное содержание. Например, у одного из больных татуировка на левой половине грудной клетки, изображавшая восход солнца, объяснялась её носителем тем, что "сердце любит тепло". Другой больной, страдающий шизотипическим расстройством, утверждал, что набор знаков, вытатуированных у него на тыльной поверхности левого запястья, представляет собой надпись на языке племени суахили (которого он не знает), а абстрактный узор на правой голени является типичным для аборигенов острова Борнео.

Среди мистических татуировок преобладали изображения сказочных и мифических животных, монстров и вампиров, зачастую выступающих в агрессивно-угрожающих ролях. Удельный вес наркологических татуировок составляет 3,5 %, большинство из них наркотического характера. Сюжеты рисунков не повторяются, изображения неодушевленных предметов встречаются реже, чем одушевленных. Изображения людей (самурай, серфингист) единичны, рисунки животных, птиц, насекомых встречаются чаще.

Агрессивно-угрожающие и эротические татуировки достаточно редки. К первым может быть отнесена оскаленная голова тигра, ко вторым изображения различных вариантов обнаженного женского тела. Если агрессивно-угрожающая татуировка единична, то эротические татуировки встречаются в окружении татуировок декоративно-украшающего или мистического характера.

Большинство криминальных татуировок носило статусно-стратификационный характер, "свидетельствовавший", что их носители отбывали наказание в местах лишения свободы (знак "зоны"). Однако в ряде случаев имевшиеся статусные татуировки оказались подражательными, не соответствующими действительности. Это несоответствие, в определенной степени, объясняется бредовыми идеями и расстройством мышления, свойственным больным шизофренией.

Случаи обнаружения мистических татуировок у больных с расстройствами личности, психическими и поведенческими рас-

стройствами, обусловленными приемом психоактивных веществ, носят единичный, как правило, подражательный характер.

По характеру изображения мистические татуировки подразделяются на две подгруппы: знаки и сюжетные изображения вампиров, монстров, инопланетян, драконов и других сказочных и фантастических персонажей. В ряде случаев в изображение представителей животного мира носители татуировок вводят фантастические элементы (например, крылатый дельфин и т.п.).

Из знаков наиболее часто встречается знак "аум", наносится он на открытые части тела (шея, запястье) и олицетворяет собой "первый вздох высших сил при создании нового мира". Знак "аум" наблюдался нами у 8 обследуемых с мистическими татуировками. Обычно татуировка с изображением знака носит самостоятельный характер, но иногда может сочетаться с другими символами.

Мистические татуировки, захватывающие большие поверхности тела, выполнены с большой тщательностью, максимально детализированы и, в своём большинстве, изображают драконов, монстров, вампиров, инопланетян, мистических и фантастических животных в агрессивно-угрожающем позах. Подобные сюжетные татуировки, как правило, не носят множественного характера: в среднем на одного носителя приходится не более двух-трех татуировок подобного типа.

По нашим наблюдениям, мистические татуировки в значительной степени отражают бредовый компонент мышления.

В заключение следует отметить, что молодёжная мода на "украшение" поверхности своего тела татуировками не могла не коснуться больных с психическими расстройствами. Лица, страдающие такими распространенными заболеваниями, как шизофрения, шизоаффективные и шизотипические расстройства, не могли избежать веянья моды и все чаще стали прибегать к нанесению татуировок.

Больные шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами характеризуются нарушением содержания и логики мышления, чрезмерной тревожностью, необычными мистико-магическими убеждениями, эксцентричностью в поведении. Эти отклонения от нормы находят свое отображение

в форме, размере, месте нанесения и смысловом содержании наносимых ими татуировок.

Сочетание таких важных признаков, как мистико-магический контекст татуировки, дискордантность между выбором сюжета и локализацией, а также крупный размер изображения заставляют заподозрить расстройство мышления, таким образом, выделив эту группу носителей, как группу риска для дальнейшего углубленного изучения.

Таким образом, добровольное нанесение татуировки отражает душевное состояние ее носителя и как проявление его невербального поведения может использоваться в качестве дополнительного диагностического признака у больных с психическими расстройствами при прохождении ими различных отборочных комиссий.

На основании полученных результатов, на наш взгляд, имеет смысл ознакомить врачей психиатров, клинических психологов, специалистов, работающих в призывных и отборочных комиссиях с методикой изобразительной, смысловой и групповой интерпретации татуировок при диагностике психических и поведенческих расстройств, а также рекомендовать направление лиц с татуировками на дополнительное обследование у врачей психиатров, для выявления среди них больных с расстройствами личности, шизофренией, шизотипическими и шизоаффективными расстройствами.

Литература

1. *Балдаев Д.С.* Татуировки заключенных: альбом. СПб.: Лимбус-пресс, 2001. 168 с.
2. *Борохов А.Д.* Русская тюремная и военная татуировка: социально-психологические и судебно-психиатрические аспекты. Иерусалим: Папирус, 1994. 185 с.
3. *Борохов А.Д.* Когда весь мир на острие иглы...: татуировки и жаргон наркоманов. СПб.: Речь, 2005. 328 с.
4. *Битенский В., Херсонский Б., Дворяк С., Глушков В.* Наркомания у подростков. Киев: Здоровье, 1989. 216 с.
5. *Милявский В.М.* Творчество психически больных. Полтава, 1993. 79 с.

6. *Милявский В.М.* Некоторые особенности художественного творчества больных шизофренией в состоянии дефекта // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1982. № 5. С. 759-763.
7. *Borokhov A., Bastiaans R., Lerner V.* Tattoo as an additional tool for diagnosing of mental behavioral disorders associated with psychoactive substance use // 4th ECNP Workshops Nice, France, 2003. Vol. 13, suppl. 1. S. 18.
8. *Borokhov A., Bastiaans R., Lerner V.* Tattoo Designs Among Drug Abusers // Israel J. Psychiat. 2006. Vol. 43, № 1. P. 28-33.
9. *Bromberg W.* Psychological motives in tattooing // Arch. Neurol. Psychiat. 1935. № 33. P. 228-232.
10. *Bromberg W.* Tattooing: psychosexual motivations // Sex. Behav. 1972. № 2. P. 28-32.
11. *Grummet G.* Psychodynamic implications of tattoos // Am. J. Orthopsychiat. 1983. P. 482-492.
12. *Pollack O., McKenna E.* Tattooed psychotic patients // Am. J. Psychiat. 1945. Vol. 101. P. 673-674.

ДИСКУРС И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ

Е.Л. Николаев, Е.С. Суслова

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

Общая характеристика дискурса в гуманитарных науках

Понятие дискурса, появившееся в науке в 60-70-е годы XX века, было первоначально связано исключительно с областью лингвистики. За прошедшие десятилетия понимание дискурса не только углубилось, но и значительно расширилось и стало предметом междисциплинарных исследований. Сегодня категория дискурса с полным основанием используется в области гуманитарных и социальных сфер знаний (литературоведения, семиотики, психолингвистики, риторики, социологии, философии, этнологии, антропологии, психологии), позволяя значительно обогащать вытекающие из них системы практик. Данный обзор призван обосновать оправданность применения термина "дискурс" в области клинической (медицинской) психологии, как одного из разделов психологической науки и направления клинической практики.

Многозначность определения дискурса. Изучение дискурса (от лат. *discursus* – движение, круговорот, беседа, разговор, рассуждение), как социально обусловленной системы речи, восходит к его употреблению в сфере языка, текста, диалога, стиля, коммуникации. До сих пор это понятие неоднозначно и не существует его четкого и общепризнанного определения (S. Strega, 2005).

Если изначально дискурс в лингвистике понимался как связанная и согласованная последовательность предложений и речевых актов, то позднее дискурс стал рассматриваться как категория речи, материализуемая в виде относительно завершенного в смысловом и структурном отношении устного или письменного произведения различной длины – от отдельного предложения до содержательно цельного произведения (Г.А. Орлов, 1991).

Понятие "дискурс" характеризуется завершенностью, цельностью, связностью. При этом с учетом воздействия социокультурных, экстралингвистических и коммуникативно-ситуативных факторов оно рассматривается как процесс и как результат в виде фиксированного текста (Г.А. Орлов, 1991).

Но текст как языковой материал не всегда представляет собой связную речь, то есть дискурс. Дискурс есть текст, состоящий из коммуникативных единиц языка – предложений и их объединений в более крупные единства, находящиеся в непрерывной смысловой связи, что позволяет воспринимать его как цельное образование (В.Г. Борботько, 1989).

Дискурс характеризуется единой модальностью и единой стилистической окраской. Если выделен более высокий уровень, то можно установить парадигматические отношения на уровне предложения, и предложение, таким образом, становится цельной единицей, подчиняющейся всем правилам единиц низших уровней (Е.Н. Зарецкая, 2002).

Дискурс в гуманитарных науках также может пониматься как речь, "погруженная в жизнь", как текст, взятый в событийном контексте (Н.Д. Арутюнова, 1999).

В рамках концепции модернизма, согласно которой, прогресс, природные и социальные законы способны повсеместно способствовать развитию знания и таким образом лучшему пониманию общества (J. Larrain, 1994; S. Best, D. Kellner, 1997), дискурс приобрел несколько иное звучание. Дискурс и языковые преобразования стали соотноситься с прогрессом и необходимостью использования более точных наименований для описания и понимания актуальных для общества явлений. Язык и дискурс рассматриваются вне идеологии и власти и понимаются как естественные производные от здравого смысла и прогресса (S. Strega, 2005).

Сторонники научного течения структурализма оспаривают утверждение, что все действия человека и социальные образования относятся к области языка и могут быть рассмотрены как системы, состоящие из соответствующих элементов (D. Nothard, 2000). Индивидуальные элементы системы имеют значение только в отношении структуры в целом, а сами структуры

могут быть осмыслены как самовмещающие, саморегулирующие и самотрансформирующиеся сущности. Иными словами, сама структура определяет значимость, содержание и функцию индивидуальных элементов системы (Ф. Соссюр, 2001; Ж. Лакан, 1995).

Видный французский ученый Эмиль Бенвенист, который не был прямым последователем ни одной из лингвистических школ, соединил основные положения структурализма со сравнительно-историческими исследованиями. Он считал необходимым погрузить исследования структуры и эволюции языка в более широкий контекст исследований духовной культуры и "культурных концептов" (E. Benveniste, 1974).

Существенной чертой дискурса он считал его соотнесение с конкретными участниками акта – говорящим и слушающим, а также с коммуникативным намерением говорящего воздействовать на слушателя. Структуру разговорного дискурса, по его мнению, составляет ряд этапов (вступление в речевой контакт, выдвижение инициальной темы разговора и ее ратификация, смена ролей в ходе коммуникативного акта, смена темы разговора, выход из коммуникативного акта), каждый из которых обусловлен комплексом внешних и внутренних факторов (E. Benveniste, 1985).

Среди отечественных исследований дискурса как вербальной коммуникации может быть названа работа Н.Д. Павловой (2007) о социальной и функциональной дифференциации в современном русском языке. Здесь проводится анализ влияния на дискурс двух классов переменных: социальных характеристик говорящего (социальная роль, статус, уровень образования) и факторов коммуникативной ситуации (место и время коммуникативного акта, его продолжительность, партнеры общения), что позволяет уйти от застывшей картины социального расслоения языка вне зависимости от условий его функционирования и обратиться к влиянию социальных переменных на разговорную практику в различных коммуникативных контекстах.

В концепции постмодернизма в большей степени представлен интерес к многообразию опыта индивидуумов и групп и подчеркиванию преобладания различий над схожестью и повсе-

дневным опытом. Постмодернистские исследователи утверждают, что знание множественно, контекстуально и исторически связано с дискурсами, чем и обусловлен их повышенный интерес к дискурсу (S. Strega, 2005).

В структуре философии постмодернизма наиболее значимое место занимают работы французского исследователя Мишеля Фуко. Дискурс (или дискурсивные практики) понимаются им как сложная совокупность языковых практик, участвующих в формировании представлений об объекте, который они подразумевают. Его больше интересуют непроговоренные, невыраженные значения высказывания, те значения, которые подразумеваются (J. Lessa, 2006).

Важным моментом является обозначение проблемы соотношения дискурса и власти. По мнению М. Фуко, власть и знания взаимосвязаны, поэтому любые человеческие взаимоотношения – это борьба и переговоры о власти. Более того, дискурс – это средство для власти, которая создается говорящим субъектом. Будучи включенным в социокультурный контекст, дискурс раз и навсегда подчинен власти или настроен против нее (M. Foucault, 1972).

Дискурс в определенной степени самодостаточен в своей процессуальности. Он имеет форму структуры толкований – каждое предложение, которое уже само по себе имеет толковательную природу, поддается толкованию в другом предложении, т.е. реально имеет место не интерпретационная деятельность субъекта, но и моменты "самотолкования мысли" (Ж. Деррида, 1999). Постмодернистское понимание дискурса также дополнено необходимостью интерпретации дискурса в соотношении с современной идеологией (М. Пеше, 1999).

Еще одно направление в прочтении концепции дискурса связано с именем немецкого социолога Ю. Хабермаса. Дискурс понимается им как рефлексивная речевая коммуникация, которая происходит вне социальной реальности, традиций, авторитетов, привычных коммуникаций и направлена на критическое осмысление взглядов и действий участников коммуникации (Ю. Хабермас, 2003).

Нидерландский лингвист, один из пионеров теории текста и теории речевых актов Т.А. ван Дейк, много лет работающий над проблемой дискурса, определяет его как существенную составляющую социокультурного взаимодействия, характерными чертами которого являются интересы, цели и стили (Т.А. ван Дейк, 1989).

В своей монографии "Идеология: мультидисциплинарный подход" (1989) он рассматривает несколько распространенных понятий дискурса.

Дискурс в широком смысле – это комплексное коммуникативное событие, происходящее между говорящим, слушающим в процессе коммуникативного действия в определенном временном, пространственном и иных контекстах.

Дискурс в узком смысле, как текст или разговор, обозначает завершенный или продолжающийся "продукт" коммуникативного действия, его письменный или речевой результат, который интерпретируется реципиентами.

Понятие дискурса может использоваться для определения того или иного жанра.

Более абстрактное понятие дискурса, как социальной формации, относится к выделению определенного исторического периода, социальной общности или целой культуры (Т.А. van Dijk, 1998).

Множество понятий и концепций дискурса отражается в многочисленных научных публикациях. На сегодняшний день в мире издается около десятка периодических изданий, посвященных проблеме дискурса в гуманитарных исследованиях. Первое из них была основана в 1980 г. Т.А. van Dijk и J. Petöfi под названием "Text and Talk" как международный и междисциплинарный журнал по проблемам изучения дискурса.

Журнал "Discourse Processes" является официальным изданием Общества текста и дискурса и публикует научные исследования дискурса из всех областей, в особенности из области психологии дискурса.

В издании "Discourse Studies" приветствуются работы, посвященные исследованию дискурса в лингвистике, психологии текста, культурологии.

"Journal of Multicultural Discourses" целиком сфокусирован на мультикультурном подходе в изучении дискурса, критических вопросах в отношении исключительно "западных" подходов в этой области.

Большую общественную нацеленность несет в себе еще одно издание – "Discourse and Society", которое является изданием о социальных и политических аспектах дискурса, а также критическом разборе существующих концепций дискурса.

Сравнительно новыми изданиями являются "Discourse and Communication" и "Critical Discourse Studies". Первое освещает междисциплинарную область дискурса в сфере коммуникаций. Во втором – детально разбираются проблемы дискурса в области социальных и гуманитарных наук. Оно нацелено на более широкий подход, а потому публикует критические и аналитические материалы из самых различных областей. В нем также присутствует практическая направленность, в том числе на политические компании и социальные движения.

Понимание дискурса в психологии. Особенности сегодняшней ситуации в психологии во многом связаны с необходимостью развития целостного интегративного подхода (В.Н. Панферов, 2002). Неудивительно, что междисциплинарный характер понятия "дискурс" обуславливает большой интерес к его исследованию и в рамках психологии, где также существует разнообразие концепций.

Со второй половины 1980-х годов благодаря работе J. Potter и M. Wetherell (1987) уверенно заявило о себе новое психологическое направление, формирующееся в недрах конструкционистской парадигмы – дискурсивная психология (Т.П. Емельянова, 2005).

Дискурсивная психология является конструкционистской в двух смыслах. Во-первых, она рассматривает людей как конструирующих свои миры, исходя из собственных интересов и взглядов. Во-вторых, она настаивает, что описания и интересы, которые люди используют, чтобы создать эти миры, сами сконструированы, т. е. созданы в разговоре, специальных текстах из слов, метафор и других дискурсивных ресурсов (J. Potter, 1998).

Представители дискурсивного направления в психологии считают важнейшей идеей контекстуальную обусловленность

высказывания, а сам дискурс становится для них центральным предметом изучения (Т.П. Емельянова, 2005). Дискурсивный процесс осмысливается ими как структурированная последовательность интенциональных актов, задействующих ту или иную знаковую систему, например речь и результат совместной деятельности. С учетом этого дискурс понимается гораздо шире, чем собственно речевые действия, находящиеся в одном ряду со множеством других дискурсивных активностей (Р. Харре, 1996).

Истоки дискурсивной психологии могут быть отнесены к трудам этнографов с их повышенным интересом к повседневному дискурсу, имеющему для его участников непосредственный практический смысл (Т.П. Емельянова, 2005). Поэтому большую роль в исследовательской практике дискурсивной психологии играют этнографические методы анализа документов, видео- и аудиозаписей, фокус-группы и неструктурированные интервью (J. Potter, 2003).

В России крупные исследования дискурса проводятся на стыке психологии речи и психолингвистики, что помогает сформулировать важное положение об интенциональной природе речи и позволяет преодолевать трудности в описании речевых механизмов и процессов перехода от мысли к слову (Т.Н. Ушакова, 2004). Применение интен-анализа как варианта психологического анализа дискурса направлено на реконструкцию намерений говорящего и выявление целевой направленности анализируемых дискурсов. Уместность использования подобного психосемантического исследования основывается на самом устройстве языка, подчиняющемся принципу выражения интенциональной направленности (Т.Н. Ушакова, Н.Д. Павлова, 2000).

Описанный оригинальный подход к изучению дискурса, а также другие методы, связанные с изучением различных аспектов его организации и функционирования в социуме, разрабатываются в лаборатории психологии речи и психолингвистики Института психологии Российской академии наук. Реконструируется картина мира, задаваемая в дискурсе средствами метафоры, выявляются изменения способов концептуализации действительности в предвыборном политическом дискурсе, дискурсе религиозных объединений и др. Проводится исследование дис-

курса массовой коммуникации и воздействие транслируемых средствами массовой информации представлений и оценок на аудиторию (Н.Д. Павлова, 2007).

В других отечественных психологических исследованиях также прослеживается большое внимание к проблематике дискурса. Наиболее часто он рассматривается на стыке с другими гуманитарными и социальными отраслями: в интерпретации актов молчания (С.В. Крестинский, 1990), в ходе типологизации языковых личностей (А.А. Пушкин, 1990), в эмоционально-оценочных характеристиках языковой личности (Т.А. Трипольская, 2003), оценке интенциональных характеристик педагогической деятельности (Л.А. Шустова, 2003). Не остается без внимания и дискурс самосознания в контексте письменной личности в русской культуре (Я.М. Еремеев, 2003). Отмечены попытки применения дискурса в практике психологического тренинга (Л.А. Шустова, 2003), политических исследованиях (Е.А. Пескова, 2007), исследованиях структуры дискурса через изучение описаний человеком событий собственной жизни (Т.А. Кубрак, 2003).

Приоритетное место в исследовании дискурса занимает дискурс-анализ, который, во-первых, представляет собой не только метод, но и особую картину мира, и, во-вторых, содержит специфические теоретические предпосылки. Он фокусируется на разговоре и текстах как объективных социальных практиках, а также на тех ресурсах, которые привлекаются для изучения и овладения этими практиками (И.Т. Касавин, 2007).

Дискурс-анализ – это типичная интеракция, в которой происходит социальное конструирование реальности (П. Бергер, Т. Лукман, 1995). При дискурс-анализе часто приходится иметь дело со случаями, которые отражают проявление какого-либо феномена, подтвердить регулярность которого становится задачей. Одним из наиболее полезных случаев может являться самый отклоняющийся случай. В то же время такие случаи не являются опровержением этого порядка – по некоторым из своих характеристик они могут подтверждать данную регулярность (J. Heritage, 1988).

В дискурс-анализе одним из важных моментов оказывается использование того, как собеседники понимают друг друга.

Аналитик не может ограничиваться тем, чтобы рассматривать только тот смысл, который он сам вкладывает в содержание собственной речи. Адекватный анализ должен в не меньшей мере учитывать и то, как данную речь понимает собеседник. Именно это понимание обеспечивает проверку интерпретации дискурса (И.Т. Касавин, 2007).

Дискурс-анализ тесно связан с практикой психотерапии, где дискурс понимается как способ языкового конституирования субъекта, полный и всеобъемлющий репрезентант его внутреннего опыта. Тогда психотерапевтическое взаимодействие представляет собой дискурсивную практику – специфическую форму использования языка для производства речи, посредством которой осуществляется изменение модели окружающей действительности, трансформация системы личностных смыслов субъекта (Н.Ф. Калина, 2000).

Проведение дискурс-анализа протоколов психотерапевтических сеансов на основе понятийного аппарата лингвистики позволяет использовать вербальные и невербальные возможности дискурса в клинической практике (D. Flader, W. Grodzicki, K. Schroeter, 1982).

Украинский психолог Н.Ф. Калина выделяет внелингвистические и лингвистические факторы дискурса в практике психотерапии – принцип субъектности, принцип диалогичности, принцип идеологичности и принцип интенциональности. Субъектность подразумевает обращение к живой речи как поступку, акту личностной активности. Диалогичность ориентирует терапевта на такие высказывания по отношению к субъекту, которые могут не совпадать с сознательным "Я" говорящего. Идеологичность используется как совокупность некоторых скрытых идей, неосознаваемое или неполное влияние которых обуславливает смысл высказываний, слагающих дискурс. Интенциональность предполагает понимание сознательных и учет бессознательных интенций клиента как полиморфного субъекта высказываний (Н.Ф. Калина, 2000).

Однако существует и более широкое понимание роли дискурса в психотерапевтической практике. Подлинным предметом дискурс-анализа должен выступать не изолированный дискурс

клиента, а ситуация речевой интеракции терапевта и клиента в определенном ситуативном и культурном контекстах (И.Т. Касавин, 2007).

Подобные взгляды во многом перекликаются еще с одним определением дискурса, которое тесно связано с нарративным подходом в психотерапии. Дискурс – это исторически, социально и в недрах особой культуры возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения и внутренние тексты и звучат в историях клиентов (С.А. Кулаков, 2007). Термин "дискурс" близок к более ранним понятиям семейной психотерапии: семейный миф, семейные темы, система семейных убеждений, патологизирующее семейное наследование (С.А. Кулаков, 2004).

Нарративный подход заставляет психотерапевта искать скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Есть возможность показать клиенту, что общепринятый смысл того или иного повествования – это всего лишь одна из возможных интерпретаций, и помочь ему создать и развить новый конструкт, если он для него более желателен. Важно расширить понимание проблем клиентов за счет анализа их социокультурной среды (С.А. Кулаков, 2007).

Понимание социокультурной среды в свою очередь немислимо без учета языковых, этнических и иных культурных характеристик личности. Поэтому неудивительно, что при изучении формирования этнической идентичности дискурс рассматривается как общение людей с позиции их принадлежности к той или иной социальной группе или применительно к той или иной речеповеденческой ситуации. Следовательно, можно говорить о том, что человек исследует окружающую реальность в том направлении, которое подсказывает язык, породивший сознание индивида, а разница языков порождает разницу сознаний и разницу миров, в которых живут люди (Д.В. Берко, 2003).

Взаимоотношения между существующими подходами к широкому определению понятия "дискурс", где ему придается смысл не понятия контекста, а самостоятельного философского конструкта, обобщенно могут быть представлены в виде следующей схемы, где выделены лингвистическая, коммуникатив-

ная, интенционная, идеолого-политическая и культурная модальности (рисунок).



Рис. 1. Модальности дискурса в гуманитарной сфере знаний

Как видно на рисунке, содержание и значения дискурса в структуре различных модальностей тесно взаимосвязаны и во многом дополняют друг друга. Они также неизменно выводят исследователя в плоскость социума, глубоких личностных смыслов, культуры. Благодаря такому подходу понятие дискурса существенно перекликается с психологической категорией идентичности личности, в первую очередь, с ее этническим измерением.

Соотношение понятий "идентичность" и "дискурс".

Понятие идентичности или тождественности человека самому себе впервые наиболее глубоко представлено в концепции психосоциальной идентичности и представлениях о кризисе идентичности в работе Э. Эриксона "Идентичность: юность и кризис" (1967). Он вкладывает в это понятие смысл твердо усвоенного и личностно принимаемого образа себя во всем богатстве отношений личности к окружающему миру, чувства адекватно-

сти и стабильности владения личностью собственным "Я" независимо от изменений "Я" и ситуации, способности личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития (Э. Эриксон, 2006).

Идентичность индивида является результатом попытки соединить социальные роли, которые он выполняет, и его психологические диспозиции с теми моделями личности, которые считаются одобренными в культуре, к каковой принадлежит конкретный индивид. Эта интеграция является важным внутренним свойством личности, особенно в период преодоления кризисных моментов жизни (Ю.П. Платонов, 2001).

Касаясь расовой идентичности личности, Э. Эриксон указывает, что идентичность любого человека представляет собой иерархию позитивных и негативных элементов, негативные проявляются потому, что на протяжении всего детства растущему ребенку указывают как на идеальные прототипы, так и на отрицательные. Позитивная идентичность, в свою очередь – это совсем не статичный набор свойств или ролей, она постоянно в состоянии конфликта с прошлым, которое надо изжить, и с будущим, которое надо предотвратить (Э. Эриксон, 2006).

Согласно современным представлениям, этническая идентичность личности понимается как осознание себя представителем определенного этноса, переживание человеком своего тождества с одной этнической общностью и отделения от других. При этом этническая идентичность – это не только осознание своей тождественности с этнической общностью, но и ее оценка (В.Ю. Хотинец, 2000; Ю.П. Платонов, 2001; Т.Г. Стефаненко, 2003; Т. Руссита, 2008).

Когнитивный компонент этнической идентичности в рамках такого подхода включает в себя знания, представления об особенностях собственной группы и осознание себя как ее члена на основе определенных характеристик. Аффективный (эмоциональный) компонент подразумевает эмоциональное отношение к этнодифференцирующим признакам, и включает в себя оценку качеств собственной группы, отношение к членству в ней, значимость этого членства (Т. Руссита, 2008).

Этнический статус чаще всего остается неизменным на протяжении всей жизни человека. Но этническая идентичность не статичное, а динамичное образование, поэтому внешние социальные обстоятельства могут толкать человека любого возраста на переосмысление роли этнической принадлежности в его жизни, приводить к трансформации этнической идентичности, особенно в случае межэтнического брака (Ю.П. Платонов, 2001). Выделяют моноэтническую идентичность, в рамках которой возможна позитивная этническая идентичность, предполагающая соотношение в структуре идентичности позитивного образа собственной этнической группы с позитивным ценностным отношением к другим этническим группам. Последняя в своей крайней форме может представлять этническую гиперидентичность с предубеждением к представителям других этнических групп. Возможно существование измененной этнической идентичности в форме моноэтнической идентичности с чужой этнической группой. Идентификация с двумя группами ведет к формированию биэтнической этничности. Индивиды с маргинальной этнической идентичностью балансируют между двумя культурами, не овладевая в должной мере нормами и ценностями ни одной из них (Т.Г. Стефаненко, 2003).

Этническая идентичность рассматривается также в плоскости направленности процесса отождествления личности. Этноцентрическая идентичность обозначает ориентацию личности только на одну, свою этническую общность. Полиэтническая идентичность характеризуется равноценным отношением к нескольким этносам, знанием или желанием знать несколько языков, желанием одновременно пребывать в двух или нескольких культурных средах. При трансэтнолизме личность, не причисляя себя ни к одному этносу, относит себя ко всему человечеству, выходя на надэтнический уровень представления о своем "Я" как субъекте мирового сообщества (Ю.П. Платонов, 2001).

В структуре идентичности можно выделить следующие уровни: социальный (культурно заданные и социально подтвержденные сценарии – когнитивный уровень), индивидуальный (отвечает за выбор событий и людей, соотнося их с социально-желательными нормативами или вырабатывая свои собственные

критерии отбора – волевой, субъектный уровень) и ситуативный (перцептивный), в котором накапливаются знания о мире и людях, а также признаки подтверждения-неподтверждения идентичности (О.И. Маховская, 2005).

Схожие позиции представлены во многих других работах, посвященных психологическому анализу этнической идентичности личности (Н.М. Лебедева, 1997; Е.П. Белинская, Т.Г. Стефаненко, 2000; Т.А. Ратанова, А.А. Шогенов, 2001; В.Н. Павленко, И.В. Кряж, М. Барретт, 2002; Н.Л. Иванова, Г.Б. Мазилова, 2008; J.W. Berry, R. Kalin, 1995; R.H. Sheets, 1999).

В то же время в исследованиях этнической идентичности от внимания психологов нередко ускользают вопросы и проблемы отождествления личности с духовной и речезыковой средой, взаимосвязей в контексте семейных и иных микро- и макросоциальных отношений.

Довольно часто в отрыве одна от другой исследуются объективная категория этничности и субъективная категория этнической идентичности, что не позволяет установить степень несоответствия важных для личностного определения и психического здоровья личности параметров.

Феномен дискурса, напротив, все чаще рассматривается именно в контексте культурной модальности, которая значительно шире этнического отождествления личности как такового. Дискурсивная модель позволяет не только учитывать описания и характеристики актуальных для общества явлений, воспроизводимых в коммуникативных актах, но и анализировать особенности взаимодействий и отношений людей с позиции их принадлежности к определенной социокультурной группе. При этом дискурс не перестает являться всеобъемлющим отражением внутреннего опыта субъекта.

Таким образом, психологическая категория дискурса, рассматриваемого в качестве основного элемента культуры, социальных отношений и представлений личности о себе и других, позволяет во многом снять обозначенное противоречие. Понимание дискурса в структуре развития личности в специфической исторической и культурной среде, в которой максимально актуализированы взаимосвязи ближайшего контекста, лингвисти-

ческое и социальное конструирование реальности и личности как системы отношений, выводит научные исследования психического здоровья на новый уровень.

Дискурсивный контекст проблематики психического здоровья

Известно, что здоровье личности определяется комплексом факторов, среди которых выделяют биологические, психологические и социальные. Данное положение является основой биопсихосоциальной модели здоровья и болезни (И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, 2001; А.Б. Холмогорова, 2002; G.L. Engel, 1980; D. Mechanic, 1986), которая в последние десятилетия стала широко распространенной методологической базой для изучения психического здоровья и его проблем. Если роль биологических и психологических влияний на здоровье личности является предметом многолетних научных изысканий, то интерес к социальному содержанию проблемы, в частности роли социокультурных факторов, сформировался значительно позже.

Свидетельство влияния социокультурных факторов (роли, отношения, правила) на здоровье личности усматривается в появившейся в начале XX века психоаналитической теории З. Фрейда. Хотя сам З. Фрейд рассматривал роль культуры не как определяющую содержание невроза и его центральный конфликт, а как репрессивную, сегодня ни у кого не вызывает сомнений, что культуральные запреты общества тех времен на сексуальность способствовали высокой частоте истерических расстройств (А.Б. Холмогорова, 2002).

После того, как в конце XIX – начале XX века исследователями-психиатрами в странах Юго-Восточной Азии были описаны симптомы никогда не встречавшихся у европейцев психических расстройств в виде внезапной вспышки ярости с агрессивными действиями (амок), трансподобного состояния после испуга (лата) или необоснованного страха потери гениталий (коро), появилось понятие "этнического невроза" (R. Raguram, 2001).

В настоящее время выделено свыше двухсот подобных психопатологических проявлений, которые объединены категорией "синдрома, ограниченного культурой" (culture bound syn-

drome). Большинство из них (аванга, висвас, зар, вакама, дхат, коро, па лен, тайдзин киофушо, хва биунг, блес, локура, сусто, витико, пиблокто и др.) относится к культурам неевропейского происхождения и описано в американской классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV (Diagnostic..., 2000). Для стран Запада также характерны культурные синдромы: нарушения пищевого поведения (И. Флорин, Б. Тушен-Кафье, 2002), предменструальный синдром (Т.М. Johnson, 1987), послеродовая депрессия (S. Stewart, J. Jambunathan, 1996), петизм (D. Levinson, 1997), умеренная степень ожирения (C. Rittenbaugh, 1982).

Как установлено, психологический феномен дискурса органично включен в социокультурный контекст проблематики нормального и патологического поведения личности и является центральной составляющей любого социокультурного взаимодействия. Именно поэтому данная статья посвящена изучению специфики социокультурной модальности дискурса в вопросах психического здоровья.

Этническая идентичность и здоровье личности. Во многих психологических работах, которые посвящены проблемам, соотносимым с понятием дискурса, освещается состояние психологического благополучия личности. Указывается, что осознание индивидом важности этнической идентичности способствует лучшей психосоциальной адаптации личности (S. Poyrazli, 2003).

Подробно исследуется развитие личности и формирование этнической идентичности у сельских подростков, принадлежащих к культуре американских индейцев. Установлено, что импульсивные подростки имеют минимальную сформированность этнической идентичности и максимальный уровень межличностной уязвимости. Конформные подростки выражают позитивные чувства в отношении принятия своей этнической группы, описывают отношения как гармоничные, но демонстрируют умеренный уровень социальной тревоги. Постконформные подростки имеют наиболее высокий уровень социальной компетентности и сформированности идентичности, но и высокий уровень дистресса и семейной конфликтности (D.L. Newman, 2005).

Именно чувство безопасности, связанное с принадлежностью к этнической группе, повышает самооценку подростков, способствует более высокому уровню их психического здоровья (R. Greig, 2003).

Процессы адаптации личности к новой культуре в ходе последствий миграции тесно связаны с проблемами идентичности, языка и у бывших советских евреев, что обусловлено необходимостью выбора между русской и американской культурами (D. Birman et al., 2002).

Если более успешная адаптация турок в Швеции в сравнении с Норвегией определяется условиями позитивной турецкой идентичности и возможностями для интеграции, то нарушение адаптации мигрантов в Норвегии соотносится с тенденциями маргинализации и дискриминации (E. Virta, 2004).

Мета-анализ психологической и медицинской литературы определенно свидетельствует, что проблемы этнической идентичности, миграции и психологического дистресса тесно взаимосвязаны (D. Bhugra, 2005), в особенности при наличии депрессивной симптоматики.

Так, в ходе исследования в Бронксе 940 подростков (13-17 лет), студентов колледжа (18-23 лет) и взрослых (27-78 лет) афро-американского происхождения эмпирическим путем выделены четыре варианта статуса этнической идентичности – достигнутый, предрешенный, отсроченный и рассеянный. Доказательства существования данных вариантов получены во всех трех возрастных группах. В результате выявлено, что существует связь между возрастной группой, статусом идентичности и депрессивными симптомами – уровень депрессии у студентов колледжа с рассеянной идентичностью выше, чем в группе с ее достигнутым вариантом (T. Yip et al., 2006).

Более высокий уровень депрессии отмечен среди корейских иммигрантов в США, отрицающих свою корейскую идентичность и традиции (Y. Oh et al., 2002). Уменьшение депрессивных проявлений и улучшение настроения на ситуационном уровне сопровождает у американцев китайского происхождения состояние выраженной этничности (T. Yip, 2005).

Многоуровневое лонгитюдное исследование 7789 женщин в возрасте от 17 до 40 лет, имеющих детей, показало, что принадлежность к небелой этнической группе наряду с более молодым возрастом, состоянием вне брака, более низким уровнем образования и доходов определяет тенденцию к более высокому уровню депрессии среди женщин (Y.Y. Chen et al., 2005).

Неоднозначные соотношения между этнической идентичностью и психическим здоровьем представлены у иммигрантов из Юго-Восточной Азии в Канаде. В ситуации расовой дискриминации и безработицы этническая идентичность усиливает у них риск депрессивных нарушений. Стабильная этническая идентичность дает психологическое преимущество в ситуации языковых затруднений (M.N. Beiser, F. Hou, 2006).

Довольно четко подмечено, что депрессия недостаточно диагностируется у американцев азиатского происхождения (L.J. Suen, D.L. Morris, 2006), что связано с целым комплексом социальных и культурных факторов (M.M. Conrad, D.F. Pasquiao, 2005).

В свою очередь степень идентификации с этнической группой напрямую связана с меньшим числом депрессивных проявлений. Иными словами, чувство этнической гордости, вовлеченности в этнические практики и культурная приверженность к собственной расовой или этнической группе могут быть протективными для психического здоровья факторами. Этническая идентичность является копинг-ресурсом для этнических меньшинств (K.N. Mossakowski, 2003).

В исследовании, проведенном на Гавайях, на модели американских подростков японского происхождения показан конкретный вклад культурной составляющей в формирование тревожных симптомов, которые больше выражены при наличии смешанного характера этнического происхождения (J.K. Williams et al., 2002; J.K. Williams et al., 2005).

Депрессивные и тревожные нарушения представляет собой опасность не только вследствие непосредственной тяжести состояния, но и в связи с высоким риском суицидальной активности. Высокий уровень суицидов у представителей различных этнических групп, проживающих в Нидерландах, в числе про-

чих связан и с проблемой идентичности (M.J. Garssen et al., 2006).

Сравнение латиноамериканских подростков монорасового и мультирасового происхождения свидетельствует, что в мультирасовой группе существует высокий риск суицидального поведения, что определяет ее более проблемный характер. При этом по наличию рисков для психического здоровья подростков эта группа более схожа с мультирасовой группой нелатиноамериканского происхождения (A.L. Whaley, K. Francis, 2006).

Еще одним вариантом психических нарушений дискурсивного контекста является зависимое поведение. Так, позитивная идентичность (выраженные чувства принадлежности, привязанности и гордости) ассоциируется с меньшим злоупотреблением химическими веществами и более сильными антинаркотическими нормами в различных этнических группах американцев (F.F. Marsiglia et al., 2004).

В ходе исследования в Нью-Йорке более 300 представительей афроамериканской молодежи с низким уровнем доходов установлено, что этническая идентичность и афроцентристские установки уменьшают взаимосвязь между психологическими и поведенческими переменными и употреблением наркотиков в каждом третьем случае (J.S. Brook, K. Pahl, 2005).

Протективные характеристики дискурса прослеживаются у американских мужчин азиатского происхождения в форме отчетливых культурно-специфических модераторов сексуальной агрессии. Страх "потери лица" выступает в качестве защитного от агрессивных проявлений фактора только в данной этнической группе, что не затрагивает, к примеру, американцев европейского происхождения (G.C. Nagayama Hall et al., 2005).

Одной из клинико-психологических характеристик идентичности может считаться отношение к употреблению алкоголя. Так, сравнение еврейских моделей реагирования на стресс с аналогичными, существующими у протестантов, показывает, что евреи в подобной ситуации чаще склонны к депрессии, чем к употреблению и злоупотреблению алкоголем. Евреи описывают активность, связанную с употреблением алкоголя, как угрожающую их самоконтролю, снимающую запрет на неприят-

ное, опасное и отличающее их от других поведение (К.М. Lowenthal et al., 2003).

Интересные данные о связи дискурсивных характеристик личности и нарушений пищевого поведения получены в исследовании австралийских женщин китайского происхождения. Общими предикторами данной патологии здесь являются: низкий уровень удовлетворенности своим внешним видом, гиперпротекция со стороны родителей, высокий уровень давления со стороны лучших друзей, направленного на снижение массы тела. Однако наиболее выраженные нарушения определяются у женщин, аккультурировавшихся в новой среде, которые ощущают высокий уровень давления, направленного на снижение массы тела, от отцов и друзей-мужчин, а также у женщин, сохранивших традиционные взгляды и испытывающих высокий уровень родительской заботы (Т.А. Humphry, L.A. Ricciardelli, 2004).

Сравнение китайских женщин, эмигрировавших в США с Тайваня и проживающих на Тайване, также выявляет определенные различия. Неожиданным является тот факт, что уровень удовлетворенности собственным телом ниже, а нарушения пищевого поведения более распространены именно среди жительниц Тайваня, у кого отмечены более высокие показатели этнической идентичности (G. Tsai, 2003).

В исследовании корейских женщин также получены схожие результаты. Установлены более высокие показатели пищевых проблем по опроснику ЕАТ-26 у корейских иммигрантов и жительниц Кореи в сравнении с американками корейского происхождения (S.C. Jackson et al., 2006). Немаловажную роль в формировании депрессивной симптоматики при подобной патологии у подростков из различных этнических групп может играть ориентация на внешние группы (K. Bisaga et al., 2005).

Как показывают исследования, внешние группы не только оказывают негативное давление, но и являются источником социальной поддержки. Например, совладание со стрессовой ситуацией у американских подростков японского происхождения строится не на обращении к специалисту, а на поддержке со стороны друзей (C.J. Yeh et al., 2003).

Качество социальной поддержки, включающей семейные отношения, становится решающим фактором психологической адаптации личности (E.S. Hishinuma et al., 2004). Так, отождествление афроамериканских подростков с цветом своей кожи может стать критическим моментом для их психологического благополучия и поэтому должно обязательно соотноситься с уровнями материнской поддержки и воспринимаемого стресса (C.H. Caldwell et al., 2002).

В США сегодня становится распространенной практикой отрицание этнической идентичности ее жителями азиатского происхождения (S. Cheryan, B. Monin, 2005). У детей и подростков это во многом связано с отношением к своей старой и новой культуре родителями ребенка, что не может не сказываться на этнической идентичности и психологическом функционировании личности (J.A. Farver et al., 2002; M.A. Mann, 2004).

Другой стороной проблемы является взгляд на авторитарные стратегии воспитания, которые не во всех культурах обязательно являются патогенными, т.е. ведущими к формированию психологических проблем у детей. Так, у палестинских арабов в Израиле отмечено существование положительного взаимоотношения между авторитарным родительским стилем и психическим здоровьем детей. Потворствующая манера воспитания арабских мальчиков, наоборот, больше связана с негативным отношением ребенка к родителям, его низкой самооценкой, ростом тревожных, фобических, депрессивных и поведенческих нарушений, проблемами идентичности (M. Dwairy, 2004).

Однако данные соотношения между дискурсивными характеристиками личности и уровнем ее психического здоровья не бесспорны. Изучение архитектоники сна методом стандартной полисомнографии позволило установить, что пациенты с более высоким уровнем идентификации со своей этнической группой в ходе стационарного лечения имеют больше проблем с процессом засыпания (K.S. Thomas et al., 2006).

По другим исследованиям, языковая и этническая идентичность оказывает минимальное влияние на психическое здоровье. В подтверждение приводятся данные о том, что большая приверженность традиционным культурным ценностям у американ-

ских студентов корейского происхождения ассоциируется со снижением их самооценки, ростом ситуационной и личностной тревожности, депрессии (J.D. Hovey et al., 2006).

M. Shih и D.T. Sanchez (2005) на этот счет отмечают, что положительная связь между идентичностью и депрессией, проблемным поведением, взаимоотношениями со сверстниками, самооценкой определяется только в отношении клинических групп, но никак не здорового населения.

Нам представляется, что взаимоотношения между дискурсом и здоровьем личности более сложные. Исследование бразильцев японского происхождения свидетельствует, что психически здоровые индивиды имеют в качестве адаптационных моделей более сильные интеграционные ориентации. С одной стороны, они сохраняют этнокультурную идентичность со своим происхождением, с другой – воспринимают культурные ценности, отношения, нормы и обычаи страны проживания (K. Otsuka et al., 2003).

Одним из адекватных вариантов разрешения проблемы успешной адаптации личности в непривычной социокультурной среде может стать возможность интеграции бикультуральной идентичности с учетом психосоциальных особенностей личности и ситуации (V. Benet-Martinez, J. Haritatos, 2005).

Дискурс в условиях российской ситуации. Как становится очевидно из многочисленных научных исследований в области психологии и медицины, социокультурный контекст психического здоровья не менее актуален и для России. Специфика российской ситуации определяется, во-первых, поликультурным составом населения, во-вторых, последствиями политической и социально-экономической трансформации общества на протяжении последних двух десятилетий.

В результате действия социально-стрессовых механизмов (социально-политическая и экономическая нестабильность, ломка устоявшихся жизненных стереотипов, утрата прежних идеалов, поляризация общества по материальному положению и идеологическим убеждениям) наблюдаются нарушения психического здоровья в виде четырех клинических вариантов кризиса идентичности – апатического, диссоциального (агрессивно-

деструктивного), негативистического и магического (Б.С. Положий, 1994).

Насилие и межэтнические конфликты, свидетелями чему стало российское общество, ухудшают психическое здоровье всего населения, и в первую очередь детей и подростков, через переживание этнически окрашенного чувства виктимности и объединение в группы на основе этнического родства. Развивающиеся таким образом нарушения носят психогенное социально-стрессовое происхождение и в трети случаев ведут к нарушениям речи, что напрямую характеризует состояние дискурса пациентов (Н.В. Вострогнутов, 1994).

На качестве психического здоровья народов Крайнего Севера дополнительно к этому сказывается пережитый ими аккультурационный стресс, который можно рассматривать как популяционный вариант посттравматического стрессового расстройства (П.И. Сидоров, И.Д. Муратова, 1994).

Среди наиболее значимых факторов формирования дисбаланса психического здоровья у народностей Севера Тюменской и Томской областей, Якутии, Алтая, Тывы, Бурятии и Чукотки можно выделить: ломку сложившегося жизненного стереотипа, утрату привычных социокультурных традиций, отрыв от семейного окружения, дестабилизирующее влияние мигрантов (В.Я. Семке, 1994).

Утрата народностями Крайнего Севера своих "религиозно-культурно-экологических" корней является одной из многих причин широкого распространения среди них алкоголизма (К.С. Галактионов и др., 1994). Здесь может сказываться то, что личности с нечеткой, неопределенной, "маргинальной" идентичностью, "балансирующие" между двумя культурами, не овладевающие нормами и ценностями ни одной из них, часто испытывают внутрличностные конфликты, симптомами которых могут являться тревога, неуверенность, беспомощность (Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко, 2003).

С другой стороны, у центральных монголоидов количество алкогольных психозов значительно ниже, чем среди соседствующих с ними этнических групп (В.Б. Миневич и др., 1994).

В Удмуртии доля пациентов-подростков с алкогольной зависимостью среди удмуртов почти в три раза выше по сравнению с русскими, а пациентов с токсикоманиями, напротив, в три раза выше среди русских (И.А. Уваров и др., 2004).

Протективная для психического здоровья роль религиозного фактора явно прослеживается в исследовании, проведенном в Чечне. Четырехлетний анализ обращений в наркологическую службу республики свидетельствует о положительном влиянии религиозности на снижение уровня алкоголизации населения, в частности в период месяца Рамадан (А.И. Айтуганова и др., 2007).

Этнокультурная среда в Чеченской Республике также оказывает сдерживающее влияние и на распространение ВИЧ среди потребителей наркотиков инъекционным путем (А.С. Умаров и др., 2007).

Депрессивные нарушения являются частой психопатологией, связанной с культурой. Как показано, сравнение клинико-психологических особенностей дискурса соматизированной депрессии у жителей Центральной России и Северной Осетии выявляет существенные различия. Например, у пациентов осетин в структуре депрессии чаще преобладают идеи малоценности и вины, больше выраженность дисфорического компонента, алекситимии. Личностно значимыми являются эмоции стыда и гнева. Объяснением этому могут послужить такие особенности традиционной осетинской культуры, как строгая регламентация межличностных отношений, табуирование выражения эмоциональной экспрессии даже внутри родительской семьи ("стоицизм воспитания"). Явным дискурсивным параметром также является отсутствие в осетинском языке понятий, эквивалентных состоянию депрессии, пониженного настроения, тоски, эмоционального стресса, их "соматизированного" выражения – таких, как "сжимает сердце", "давит на грудь", "неудобство в животе" и др. (О.П. Вертоградова, Р.В. Базров, 1994).

Аналогично клинико-психологические особенности депрессии отмечены в Удмуртии при сравнении дискурсивных характеристик больных русской и удмуртской национальностей (В.Ю. Кочуров, Ю.В. Ковалев, 2004).

В Кабардино-Балкарии в структуре диссоциативных и конверсионных расстройств ученые определили также этнокультурные особенности. Среди русских более актуальны тревожные симптомы, а среди кабардинцев и балкарцев – быстро редуцирующиеся двигательные и чувствительные нарушения. У кабардинских и балкарских женщин эмоционально-стрессовыми причинами развития нарушений являются интерперсональные отношения с родителями супруга, у русских – с коллегами по работе (А.О. Асанов, 2007).

Этнокультурные особенности сказываются на характере обращения пациентов за профессиональной помощью в Чувашии. Установлено, что чувашаи более терпимы к проявлениям психических нарушений и позже обращаются к специалистам. Кроме того, это может отражать их стремление терпеть "до последнего", скрывать свое недомогание, казаться лучше. Все это ведет к нарушению психической адаптации и, в конечном счете, более частым суицидам в районах с преобладанием чувашского населения (А.Б. Козлов, 2004).

Этнокультурные черты личности не могут не проявиться в ситуации психологического кризиса, которая может перейти в дезадаптивное состояние. Так, чувашаи сохраняют самообладание, но вместе с тем проявляют значительную ригидность, что затрудняет эффективное решение проблем. Для русских при столкновении с трудностями более характерна интравертированность, определенная пассивность и фатализм. Низкий уровень их коммуникативности является одним из факторов, препятствующих успешному выходу из кризиса (И.В. Кисапова, И.Ю. Васильева, 2004).

При этом в поведенческом копинге русские пациенты с психическими расстройствами чаще ориентируются на сотрудничество, чувашаи – на обращение и компенсацию. У русских также совершенно не используется такая конструктивная активность как альтруизм (О.В. Мясникова, Е.В. Калинина, 2004).

Оригинальная концепция психического здоровья личности предложена А.В. Сухаревым (1998). Критерием психической адаптации (дезадаптации) человека он считает отсутствие или наличие в его психике тех или иных этнофункциональных рас-

согласований. Выделены этнофункциональные рассогласования отношений человека к группам этнических признаков – климатогеографическим, социокультурным и антропо-биологическим. Наличие в психике определенных этнофункционально рассогласованных элементов требует от человека адаптационных усилий, направленных на их интеграцию. Эти усилия не всегда могут быть обеспечены соответствующими адаптационными ресурсами. Вследствие этого могут возникать состояния психической дезадаптации. Механизм их появления связан с тем, что адаптационные усилия, затраченные на разрешение психических конфликтов, астенизируют психику. Если инвазия чужеродных в этнофункциональном смысле элементов массивована, то на фоне этой астенизации может возникнуть психическое расстройство. Если же адаптационный потенциал данного человека достаточно высок, то внедрение в психику человека этнофункционально чужеродных элементов обуславливает адаптационную активность, необходимую для интеграции этих элементов в систему психических отношений, но уже без возникновения состояния дезадаптации. При некотором избытке адаптационной активности могут быть скомпенсированы какие-либо ранее имевшие место психические расстройства. В целом наличие или отсутствие признаков психической дезадаптации зависит от уровня разрешения личностью психических конфликтов.

Показателями психической дезадаптации в индивидуально-личностном аспекте являются рост "плавающей" тревоги и наличие психосоматических расстройств, углубление нозологической отнесенности психических расстройств депрессивного спектра, углубление зависимости от психоактивных веществ, а также выраженность аффективных расстройств у детей (А.В. Сухарев, 1998).

В связи с существованием научного интереса к изучению взаимосвязи между этнокультурными характеристиками человека и его психическим здоровьем становится довольно актуальным определение этничности личности. С точки зрения И.В. Реверчука (2007), определение этнической принадлежности исследуемых в научных исследованиях на основании паспортных данных или по "самоопределению" не достоверно. Им предлага-

ется комплексный подход, включающий биологический метод этнической идентификации пациента (дерматоглифический), социокультуральный метод определения уровня этнического самосознания и клинико-эпидемиологический – исследование статистики и динамики болезненных состояний. Уровень развития этнического самосознания и личностные особенности человека являются, по его мнению, социально-психологической "почвой", определяющей возникновение и клиническую динамику пограничных психических расстройств (И.В. Реверчук, 2007).

Особенности психологической помощи. Социокультурный характер проблематики психического здоровья недвусмысленно выводит на необходимость учета дискурсивных характеристик пациентов с психологическими проблемами и психическими нарушениями при оказании им психологической помощи. Данная потребность вполне осознается во многих обществах. В США при организации системы помощи американским индейцам учитывается высокая ориентированность личности, идентифицирующей себя с традиционной культурой, на местные целительские практики. Наряду с официальной биомедицинской службой данные практики расцениваются как важный источник помощи в сообществе и используются как независимо друг от друга, так и в сочетании друг с другом (D.K. Novinis et al., 2004).

Одновременно изучается, насколько оправданы такие методы интервенции как когнитивная терапия и краткосрочная динамическая психотерапия среди американских студентов азиатского происхождения. Признается потребность в движении от этнического группового анализа к изучению специфики культурно-специфических переменных (E.C. Wong et al., 2003).

В России также разрабатываются подобные подходы. Наиболее продуктивно проблемы этнической идентичности личности решаются в психотерапевтической системе А.В. Сухарева (2007), который на основании теоретико-методологических результатов и данных собственных экспериментально-психологических исследований разработал метод этнофункциональной психотерапии. Этот метод успешно апробирован как психопрофилактический на учащихся средней школы и как психотерапевтический в терапии депрессивных расстройств, наркоманий

и алкоголизма у взрослых, а также эмоционально-поведенческих расстройств и коррекции психолого-педагогических затруднений у детей.

В ходе психотерапии здесь осуществляется психологическая проработка этнофункциональных рассогласований в психике, преодоление разрывности (дизъюнктивности) когнитивной, аффективной и моторно-поведенческой сторон процесса психической адаптации. Одним из наиболее значимых для практики результатов его исследования является то, что психотерапевтическая проработка этнофункциональных рассогласований элементов психики человека способствует преодолению или профилактике его психической дезадаптации (А.В. Сухарев, 1998).

Система профилактики психических нарушений может быть рассмотрена на примере Удмуртии, где предлагается учитывать социальную, этнокультуральную и интрапсихическую природу возникновения внутриличностного конфликта у пациентов. При первичной профилактике рекомендуется уделять особое внимание характерологическим особенностям пациентов: гармонизации взаимоотношений с близкими людьми – для финно-угров и гармонизации взаимоотношений в процессе совместного труда – для славян, в ракурсе этноидентичности, когда этнос выступает референтной группой поддержки. Вторичная и третичная профилактика здесь определяется эффективностью терапии и реабилитации пациентов в первую очередь с учетом механизмообразования интрапсихического конфликта и субъективной картины болезни (И.В. Реверчук, 2007).

Итак, прямые или косвенные указания на дискурсивный характер категории здоровья личности просматриваются в работах многих ученых. Большинство исследователей относит проблемы психического здоровья к разряду связанных не только с биологическим началом, но и с социальными факторами, среди которых выделяется культурный контекст, чаще в связи с проблематикой этнической идентичности. Рассмотрение клинических и психологических особенностей патологического состояния пациента (депрессивных, тревожных расстройств, зависимостей) раскрывает связь между уровнем его идентификации со своим

этносом и состоянием психического здоровья. Причем более зрелая идентичность чаще соответствует психологическому благополучию личности.

Одновременно вопросы идентичности и психической адаптации личности органично переплетаются с вопросами семейных отношений, социальной поддержки и роли речевых характеристик личности, без чего задачи эффективной психотерапии и психопрофилактики становятся просто бессмысленными.

Таким образом, можно констатировать, что дискурс как предмет междисциплинарного научного анализа отличается многоуровневостью понимания и большим разнообразием определяемых смыслов. Нами предлагается определить понятие **дискурс** через категорию клинико-психологических характеристик личности как *культурно обусловленную специфическую совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений личности в целостной системе вербальной и невербальной деятельности, влияющую на систему отношений и интегрирующую весь личностный адаптационный потенциал.*

В предлагаемой модели дискурса считаем необходимым выделить три уровня его функционирования: этнический, речевой и духовный. *Этнический уровень* формируется содержательными характеристиками и соотношением параметров, в числе которых: этничность, этническая идентичность (национальность по самоопределению), этнический статус, система национальных традиций и обрядов, этнический характер родительской и собственной семьи, другие характеристики. *Речевой уровень* выделяется на основе вербализуемой в коммуникативных актах и создаваемой в системе внутренних образов картины мира, реализуемой через такие параметры как родной язык, язык своего этноса, язык внутрисемейной коммуникации, одноязычие или многоязычие, осознанность речевых актов и др. *Духовный уровень* определяется системой мировоззрения личности, которая проявляется в ценностных ориентациях, личностных смыслах, отношении к вере, внешних проявлениях религиозности, отношении к магии и мистике, религиозном самосознании и др.

В структуре данной модели дискурса помимо уровней можно выделить несколько вариантов, отражающих степень тождественности дискурсивных характеристик личности актуальной социокультурной среде. Максимальная осознанная степень тождественности соответствует *дифференцированному* варианту дискурса, при котором описанные выше этнические, речезыковые и духовные параметры взаимосогласованы как между собой, так и с реалиями окружающей действительности. При *диффузном* варианте дискурса наблюдается частичное несоответствие этнических, лингвистических и речезыковых параметров друг другу, отождествление личности с социокультурной средой носит неполный характер. *Диссоциированный* вариант дискурса представляет собой такое соотношение этнических, речезыковых и духовных параметров личности, при котором они резко противопоставлены ситуации окружающего личность социокультурного контекста, а сама личность ощущает отчуждение ко многим областям функционирования и среде обитания.

На основе проведенного анализа литературы можно констатировать, что существуют значимые взаимосвязи между дискурсом и дискурсивными характеристиками личности, с одной стороны, и состоянием ее психического здоровья, с другой стороны, которые ярче всего могут быть представлены в группе невротических расстройств как психических расстройств, в максимальной степени определяемых воздействием психологических и культурных факторов, а потому нуждаются в тщательном экспериментальном исследовании.

Выделяемый в качестве стержневого элемента дискурс выступает своеобразным связующим звеном, которое объединяет многочисленные психологические, социальные, культурные проявления внутреннего опыта личности, в том числе при невротических расстройствах, в единую систему психической адаптации, что позволяет обнаруживать ее наиболее слабые "звенья" и строить соответствующие лечебно-коррекционные и профилактические мероприятия.

Литература

1. *Айтуганова А.И., Дальсаев М.А., Умаров А.С.* Влияние религиозности жителей Чеченской Республики на употребление психоактивных веществ в период месяца Рамадан // Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы Регион. науч.-практ. конф. Южного федерального округа. Грозный, 27-28 апреля 2007 г. Владикавказ, 2007. С. 15-18.
2. *Анохин П.К.* Неврозы // Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Л., Петрозаводск, 1956. С. 32-38.
3. *Арутюнова Н.Д.* Язык и мир человека. М., 1999.
4. *Асанов А.О.* Структурно-динамический анализ психопатологических особенностей и пусковых механизмов развития диссоциативных, конверсионных расстройств с учетом этнокультуральных особенностей в Кабардино-Балкарии // Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы Регион. науч.-практ. конф. Южного федерального округа. Грозный, 27-28 апреля 2007 г. Владикавказ, 2007. С. 24-26.
5. *Белинская Е.П., Стефаненко Т.Г.* Этническая социализация подростка. М., 2000.
6. *Бергер П., Лукман Т.* Социальное конструирование реальности. М., 1995.
7. *Берко Д.В.* Формирование этнической идентичности в полиэтническом регионе // Ежегодник Рос. психол. о-ва: материалы 3-го Всерос. съезда психологов: в 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 1. С. 466-470.
8. *Борботько В.Г.* Элементы теории дискурса. Грозный, 1989.
9. *Вертоградова О.П., Базров Р.В.* Депрессии в кросс-культуральном аспекте // Социокультуральные проблемы совр. психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 19-21.
10. *Вострогнутов Н.В.* Социально-психологические и клинические особенности у детей, пострадавших от насилия или межэтнических конфликтов // Социокультуральные проблемы совр. психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 22-23.
11. *Галактионов О.К., Семке В.Я., Дорофеева Л.И., Гольцова Т.В.* Этнонаркология циркумполярных популяций // Социокультуральные проблемы совр. психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 29-31.
12. *Гурович И.Я., Сторожаква Я.А.* Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Соц. и клин. психиатрия. 2001. № 3. С. 5-13.

13. *Дейк Т.А. ван.* Язык. Познание. Коммуникация. М., Высшая школа, 1989.
14. *Деррида Ж.* О почтовой открытке от Сократа до Фрейда и не только. Мн.: Совр. литератор, 1999.
15. *Емельянова Т.П.* Концепция социальных представлений и дискурсивная психология // Психол. журн. 2005. № 5. С. 16-25.
16. *Еремеев Я.М.* Дискурс самосознания и письменная личность в русской культуре // Ежегодник Рос. психол. о-ва: материалы 3-го Всерос. съезда психологов: в 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 3. С. 249-253.
17. *Зарецкая Е.Н.* Риторика: Теория и практика речевой коммуникации. 4-е изд. М.: Дело, 2002.
18. *Иванова Н.Л., Мазилова Г.Б.* Изменения этнической и гражданской идентичности в новых общественных условиях // Вопр. психологии. 2008. № 2. С. 83-93.
19. *Калина Н.Ф.* Анализ дискурса в психотерапии // Психол. журн. 2000. № 2. С. 99-106.
20. *Касавин И.Т.* Дискурс-анализ и его применение в психологии // Вопр. психологии. 2007. № 6. С. 97-119.
21. *Кисанова Н.В., Васильева И.Ю.* Этнопсихологические особенности личности в ситуации кризиса у русских и чувашей // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: матер. науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 97-99.
22. *Козлов А.Б.* Сравнительная характеристика самоубийств в Чувашской Республике // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 100-103.
23. *Кочуров В.Ю., Ковалев Ю.В.* Социально-демографическая и клиническая характеристика больных депрессией в Удмуртской Республике // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 35-41.
24. *Крестинский С.В.* Интерпретация актов молчания в дискурсе // Язык, дискурс и личность. Тверь: Изд-во Твер. ун-та, 1990. С. 38-45.
25. *Кубрак Т.А.* Описание человеком событий жизни как элемент структуры дискурса // Ежегодник Рос. психол. о-ва: материалы 3-го Всерос. съезда психологов: в 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 4. С. 499-502.
26. *Кулаков С.А.* Практикум клинической психологии и психотерапии подростков. СПб.: Речь, 2004.
27. *Кулаков С.А.* Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. СПб.: Речь, 2007.
28. *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе. М., 1995.

29. *Лебедева Н.М.* Социально-психологическая аккультурация этнических групп: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1997.
30. *Лебедева Н.М., Татарко А.Н.* Социально-психологические факторы этнической толерантности и стратегии межгруппового взаимодействия в поликультурных регионах России // Психол. журн. 2003. № 5. С. 31-44.
31. *Маховская О.И.* Формирование идентичности у детей постсоветских эмигрантов в США // Психол. журн. 2005. № 3. С. 102-113.
32. *Миневич В.Б., Рахмазова Л.Д., Баранчик Г.М., Дымчикова А.А.* Этнопсихиатрические и этносоциальные проблемы центральных монголоидов // Социокультуральные проблемы совр. психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 78-80.
33. *Мясникова О.В., Калинина Е.В.* Этнокультуральные особенности психологического исследования копинг-стратегий психически больных // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: матер. науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 107-109.
34. *Орлов Г.А.* Современная английская речь. М.: Высш. шк., 1991.
35. *Павленко В.Н., Кряж И.В., Барретт М.* Этнические и национальные идентификации и представления у украинских детей и подростков // Психол. журн. 2002. № 5. С. 60-72.
36. *Павлов И.П.* Полное собрание трудов. М., 1949. Т.3.
37. *Павлова Н.Д.* Дискурс в изучении социального познания // материалы 4-го Всерос. съезда РПО: в 3 т. Ростов н/Д.: Кредо, 2007. Т. 3. С. 36.
38. *Панферов В.Н.* Психология человека. СПб., 2002.
39. *Пескова Е.А.* Понимание интенционального содержания политического дискурса // материалы 4-го Всерос. съезда РПО: в 3 т. Ростов н/Д.: Кредо, 2007. Т. 3. С. 45.
40. *Пеше М.* Прописные истины: лингвистика, семантика, философия // Квадратура смысла: французская школа анализа дискурса. М., 1999. С. 225-290.
41. *Платонов Ю.П.* Этническая психология. СПб.: Речь, 2001.
42. *Положий Б.С.* Психическое здоровье и социальное состояние общества // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 88-93.
43. *Пушкин А.А.* Способ организации дискурса и типология языковых личностей // Язык, дискурс и личность. Тверь: Изд-во Твер. ун-та, 1990. С. 50-60.

44. *Ратанова Т.А., Шогенов А.А.* Психологические особенности этнического самосознания горских евреев и осетин (на материале диаспор Кабардино-Балкарии) // Психол. журн. 2001. № 3. С. 37-48.
45. *Ревечук И.В.* Роль этнического самосознания в клинической динамике пограничных психических расстройств (на примере славян и финно-угров): дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2007.
46. *Руссита Т.* Взаимосвязь этнического состава значимого социального окружения и этнической идентичности индивида в поликультурной среде (на материале исследования русскоязычного юношества Латвийской Республики): автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2008. 27 с.
47. *Семке В.Я.* Транскультуральные исследования в области пограничной психиатрии // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 104-106.
48. *Сидорова П.И., Муратова И.Д.* Медико-социальные особенности психического здоровья населения Крайнего Севера // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: материалы 8-х научных Кербиковских чтений. М., 1994. С. 107-108.
49. *Соссюр Ф. де.* Особенности языка (языковой деятельности) // Записки по общей лингвистике. М., 2001. С. 66-67.
50. *Стефаненко Т.Г.* Этнопсихология. М., 2003.
51. *Сухарев А.В.* Психологический этнофункциональный подход к психической адаптации человека: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1998.
52. *Сухарев А.В.* Этнофункциональная психотерапия: теоретико-методологические предпосылки и эмпирические результаты // Психол. журн. 2007. № 1. С. 90-99.
53. *Трипольская Т.А.* Эмотивно-оценочный дискурс языковой личности // Ежегодник Рос. психол. о-ва: материалы 3-го Всерос. съезда психологов: в 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. Т. 7. С. 534-538.
54. *Уваров И.А., Лекомцев В.Т., Соловьев И.Н.* Клиническая структура психических расстройств у подростков удмуртской и русской национальностей // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 79-83.
55. *Умаров А.С., Дальсаев М.А., Яхьяева А.К.* Роль этнокультурной среды и ее влияние на уровень ВИЧ-инфицированности наркоманов среди этнических чеченцев, проживающих в республике и за ее пределами // Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы Регион. науч.-практ.

- конф. Южного федерального округа. Грозный, 27-28 апреля 2007 г. Владикавказ, 2007. С. 152-153.
56. *Ушакова Т.Н.* Речь: истоки и принципы развития. М., 2004.
 57. *Ушакова Т.Н., Павлова Н.Д.* Слово в действии: интен-анализ политического дискурса СПб., 2000.
 58. *Флорин И., Тушен-Кафье Б.* Расстройства приема пищи: этиология и анализ условий возникновения // *Клин. психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна.* СПб., 2002. С.939-947.
 59. *Хабермас Ю.* Философский дискурс о модерне. М., 2003.
 60. *Харре Р.* Вторая когнитивная революция // *Психол. журн.* 1996. № 2. С. 3-15.
 61. *Холмогорова А.Б.* Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // *Соц. и клин. психиатрия.* 2002. № 3. С. 97-104.
 62. *Хотинец В.Ю.* Этническое самосознание. СПб., 2000.
 63. *Шустова Л.А.* Интенциональные характеристики педагогического дискурса // *Ежегодник Рос. психол. о-ва: материалы 3-го Всерос. съезда психологов: в 8 т.* СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. Т. 8. С. 531-534.
 64. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М.: Флинта: Прогресс, 2006.
 65. *Beiser M.N., Hou F.* Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada // *Soc. Sci. Med.* 2006. Vol. 63, № 1. P. 137-150.
 66. *Benet-Martinez V., Haritatos J.* Bicultural identity integration (BII): components and psychosocial antecedents // *J. Pers.* 2005. Vol. 73, № 4. P. 1015-1049.
 67. *Benveniste E.* On discourse // *The Theoretical Essays: Film, Linguistics, Literature.* Manchester: Univ. Press, 1985.
 68. *Benveniste E.* Problèmes de linguistique générale. P., 1974.
 69. *Berry J.W., Kalin R.* Multicultural and ethnic attitudes in Canada: An overview of the 1991 national survey // *Canadian Journal of Behavioural Science.* 1995. Vol. 27, № 3. P. 301-320.
 70. *Best S., Kellner D.* The postmodern turn. N.Y.; L.: The Guilford Press, 1997.
 71. *Bhugra D.* Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants // *Acta. Psychiatr. Scand.* 2005. Vol. 111, № 2. P. 84-93.
 72. *Birman D., Trickett E.J., Vinokurov A.* Acculturation and adaptation of Soviet Jewish refugee adolescents: predictors of adjustment across life domains // *Am J. Community Psychol.* 2002. Vol. 30, № 5. P. 585-607.

73. *Bisaga K., Whitaker A., Davies M., Chuang S., Feldman J., Walsh B.T.* Eating disorder and depressive symptoms in urban high school girls from different ethnic backgrounds // *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2005. Vol. 26, № 4. P. 257-266.
74. *Brook J.S., Pahl K.* The protective role of ethnic and racial identity and aspects of an Africentric orientation against drug use among African American young adults // *J. Genet. Psychol.* 2005. Vol. 166, № 3. P. 329-345.
75. *Caldwell C.H., Zimmerman M.A., Bernat D.H., Sellers R.M., Notaro P.C.* Racial identity, maternal support, and psychological distress among African American adolescents // *Child. Dev.* 2002. Vol. 73, № 4. P. 1322-1336.
76. *Chen Y.Y., Subramanian S.V., Acevedo-Garcia D., Kawachi I.* Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis // *Soc. Sci. Med.* 2005. Vol. 60, № 1. P. 49-60.
77. *Cheryan S, Monin B.* "Where are you really from?": Asian Americans and identity denial // *J. Pers. Soc. Psychol.* 2005. Vol. 89, № 5. P. 717-730.
78. *Conrad M.M., Pacquiao D.F.* Manifestation, attribution, and coping with depression among Asian Indians from the perspectives of health care practitioners // *J. Transcult. Nurs.* 2005. Vol. 16, № 1. P. 32-40.
79. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.* Washington, 2000.
80. *Dijk T.A. van.* Ideology: A multidisciplinary approach. L.: Sage Publications Ltd., 1998.
81. *Dwairy M.* Individuation among bedouin versus urban arab adolescents: ethnic and gender differences // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2004. Vol. 10, № 4. P. 340-350.
82. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model // *Am. Journal of Psychiatry.* 1980. Vol. 137. P. 535-544.
83. *Farver J.A., Narang S.K., Bhadha B.R.* East meets west: ethnic identity, acculturation, and conflict in Asian Indian families // *J. Fam. Psychol.* 2002. Vol. 16, № 3. P. 338-350.
84. *Flader D., Grodzicki W., Schroeter K.* Psychoanalyse als Gespräch, Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt (Main): Suhrkamp, 1982.
85. *Foucault M.* Archaeology of knowledge. N.Y.: Pantheon Books, 1972.
86. *Garssen M.J., Hoogenboezem J., Kerkhof A.J.* Suicide among migrant populations and native Dutch in The Netherlands // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2006. Vol. 150, № 39. P. 2143-2149.

87. *Greig R.* Ethnic identity development: implications for mental health in African-American and Hispanic adolescents // *Issues Ment. Health Nurs.* 2003. Vol. 24, № 3. P. 317-331.
88. *Heritage J.* Explanations as accounts: A conversation analytic perspective // *Antaki C.* (ed). *Analyzing everyday explanation: A case book of methods.* L.: Sage Publications Ltd, 1988.
89. *Hishinuma E.S., Johnson R.C., Carlton B.S., Andrade N.N.* Demographic and social variables associated with psychiatric and school-related indicators for Asian/Pacific-Islander adolescents // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2004. Vol. 50, № 4. P. 301-318.
90. *Hovey J.D., Kim S.E., Seligman L.D.* The influences of cultural values, ethnic identity, and language use on the mental health of Korean American college students // *J. Psychol.* 2006. Vol. 140, № 5. P. 499-511.
91. *Howarth D.* *Discourse.* Philadelphia.: Open Univ. Press, 2000.
92. *Humphry T.A., Ricciardelli L.A.* The development of eating pathology in Chinese-Australian women: acculturation versus culture clash // *Int. J. Eat. Disord.* 2004. Vol. 35, № 4. P. 579-588.
93. *Jackson S.C., Keel P.K., Ho Lee Y.* Trans-cultural comparison of disordered eating in Korean women // *Int. J. Eat. Disord.* 2006. Vol. 39, № 6. P. 498-502.
94. *Johnson T.M.* Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder // *Cult. Med. Psychiatry.* 1987. № 3. P. 337-356.
95. *Larrain J.* *Ideology and cultural identity: Modernity and the third world presence.* Cambridge: Polity Press, 1994.
96. *Lessa J.* Discursive struggles within social welfare: Restaging teen motherhood // *British Journal of Social Work.* 2006. Vol. 36. P. 283-298.
97. *Levinson D.* *Theories of Illness / Health and Illness: a cross-cultural encyclopedia.* Santa Barbara, 1997. P. 207-217.
98. *Loewenthal K.M., Lee M., MacLeod A.K., Cook S., Goldblatt V.* Drowning your sorrows? Attitudes towards alcohol in UK Jews and Protestants: a thematic analysis // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2003. Vol. 49, № 3. P. 204-215.
99. *Mann M.A.* Immigrant parents and their emigrant adolescents: the tension of inner and outer worlds // *Am. J. Psychoanal.* 2004. Vol. 64, № 2. P. 143-153.
100. *Marsiglia F.F., Kulis S., Hecht M.L., Sills S.* Ethnicity and ethnic identity as predictors of drug norms and drug use among preadolescents in the US Southwest // *Subst. Use. Misuse.* 2004. Vol. 39, № 7. P. 1061-1094.

101. *Mechanic D.* Role of social factors in health and well being: biopsychosocial model from a social perspective // *Integrative Psychiatry*. 1986. № 4. P. 2-11.
102. *Mossakowski K.N.* Coping with perceived discrimination: does ethnic identity protect mental health? // *J. Health Soc. Behav.* 2003. Vol. 44, № 3. P. 318-331.
103. *Nagayama Hall G.C., Teten A.L., DeGarmo D.S., Sue S., Stephens K.A.* Ethnicity, culture, and sexual aggression: risk and protective factors // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2005. Vol. 73, № 5. P. 830-840.
104. *Newman D.L.* Ego development and ethnic identity formation in rural American Indian adolescents // *Child. Dev.* 2005. Vol. 76, № 3. P. 734-746.
105. *Novins D.K., Beals J., Moore L.A., Spicer P., Manson S.M.* Use of biomedical services and traditional healing options among American Indians: sociodemographic correlates, spirituality, and ethnic identity // *Med. Care*. 2004. Vol. 42, № 7. P. 670-679.
106. *Oh Y., Koeske G.F., Sales E.* Acculturation, stress, and depressive symptoms among Korean immigrants in the United States // *J. Soc. Psychol.* 2002. Vol. 142, № 4. – P. 511-526.
107. *Otsuka K., Miyasaka L., Honda G., Kato S., Nakamura Y.* Mental disorders among Japanese-Brazilians in Japan: relationships to pre-migration and acculturative factors // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* – 2003. Vol. 105, № 1. P. 28-35.
108. *Potter J.* Discursive psychology: between method and paradigm // *Discourse and Society*. 2003. № 6. P. 783-794.
109. *Potter J.* Discursive social psychology: From attitudes to evaluative practices // *European review of social psychology*. 1998. № 9. P. 233-266.
110. *Potter J., Wetherell M.* *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour.* L., 1987.
111. *Poyrazli S.* Ethnic identity and psychosocial adjustment among international students // *Psychol. Rep.* 2003. Vol. 92, № 2. P. 512-514.
112. *Rado S.* *Psychoanalysis of behavior.* N.Y., 1956.
113. *Raguram R.* *Culture-bound syndromes // Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives.* Basel, 2001. P. 35-48.
114. *Rittenbaugh C.* Obesity as a culture-bound syndrome // *Cult. Ved. Psychiatry*. 1982. 6. P. 347-361.
115. *Sheets R.H.* Human development and ethnic identity // R.H. Sheets and E.R. Hoilins (eds), *Racial and Ethnic Identity in School Practices.* Mahwah, NJ: Erlbaum, 1999.

116. *Shih M., Sanchez D.T.* Perspectives and research on the positive and negative implications of having multiple racial identities // *Psychol. Bull.* 2005. Vol. 131, № 4. P. 569-591.
117. *Stewart S., Jambunathan J.* Hmong women and postpartum depression // *Health Care Women Int.* 1996. № 4. P. 319-330.
118. *Strega S.* The view from the poststructural margins: Epistemology and methodology reconsidered // L. Brown, S. Strega (Eds.). *Research as resistance.* Toronto: Canadian Scholars' Press, 2005. P. 199-235.
119. *Suen L.J., Morris D.L.* Depression and gender differences: focus on Taiwanese American older adults // *J. Gerontol Nurs.* 2006. Vol. 32, № 4. P. 28-36.
120. *Thomas K.S., Bardwell W.A., Ancoli-Israel S., Dimsdale J.E.* The toll of ethnic discrimination on sleep architecture and fatigue // *Health Psychol.* 2006. Vol. 25, № 5. P. 635-642.
121. *Tsai G., Curbow B., Heinberg L.* Sociocultural and developmental influences on body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors of Asian women // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003. Vol. 191, № 5. P. 309-318.
122. *Virta E., Sam D.L., Westin C.* Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: a comparative study of their psychological adaptation // *Scand J. Psychol.* 2004. Vol. 45, № 1. P. 15-25.
123. *Whaley A.L., Francis K.* Behavioral health in multiracial adolescents: the role of Hispanic/Latino ethnicity // *Public Health Rep.* 2006. Vol. 121, № 2. P. 169-174.
124. *Williams J.K., Else R.N., Hishinuma E.S., Goebert D.A., Chang J.Y., Andrade N.N., Nishimura S.T.* A confirmatory model for depression among Japanese American and part-Japanese American adolescents // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2005. Vol. 11, № 1. P. 41-56.
125. *Williams J.K., Goebert D., Hishinuma E., Miyamoto R., Anzai N.* A conceptual model of cultural predictors of anxiety among Japanese American and part-Japanese American adolescents // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2002. Vol. 8, № 4. P. 320-333.
126. *Wong E.C., Kim B.S., Zane N.W., Kim I.J., Huang J.S.* Examining culturally based variables associated with ethnicity: influences on credibility perceptions of empirically supported interventions // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2003. Vol. 9, № 1. P. 88-96.
127. *Yeh C.J., Arora A.K., Inose M., Okubo Y., Li R.H., Greene P.* The cultural adjustment and mental health of Japanese immigrant youth // *Adolescence.* 2003. Vol. 38, № 151. P. 481-500.

128. *Yip T.* Sources of situational variation in ethnic identity and psychological well-being: a Palm Pilot study of Chinese American students // *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2005. Vol. 31, № 12. P. 1603-1616.
129. *Yip T., Seaton E.K., Sellers R.M.* African American racial identity across the lifespan: identity status, identity content, and depressive symptoms // *Child. Dev.* 2006. Vol. 77, № 5. P. 1504-1517.

В ФОКУСЕ НАУКИ

ОБЗОР УЧЕБНЫХ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПУБЛИКАЦИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЧУВАШИИ

Психиатрической службе Чувашии чуть более 50 лет, а науке в данной области медицины еще меньше. Научное общество невропатологов и психиатров в республике было образовано в сентябре 1962 г. По мере расширения психиатрической больницы в Чебоксарах и увеличения числа врачей психиатров среди них активизировалась научно-практическая работа. Они принимали участие в работе Второго Всероссийского съезда невропатологов и психиатров (1967) и Пятого Всесоюзного съезда (1969) [2, 4]. В это же время появились и первые публикации в центральных изданиях: "Журнале невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова" (Н.А. Семенова, В.М. Медведева, 1968; Г.Н. Никифоров, 1971; М.А. Васякова, 1973) и "Клиническая медицина" (Г.Н. Никифоров, 1972). Статьи были посвящены клиническим особенностям умственной отсталости (олигофрении), детской эпилепсии, дифференциальной диагностике и профилактике аминазиновых токсико-аллергических осложнений. Указанные материалы позднее явились основой методических писем (указаний) для врачей [1]. В архивных документах 70-х гг. XX в. встречаются также ссылки на подготовку врачами писем об организации внебольничной психиатрической помощи в сельской местности (Г.Н. Никифоров, 1974), профилактики алкоголизма и курения [2]. В 80-х гг. ассистентом курса психиатрии М.А. Васяковой были изданы методические указания по психиатрии для студентов медицинского факультета, опубликованы тезисы в Болгарии. Наукометрический анализ республиканских научно-практических конференций по психиатрии, наркологии и психотерапии был рассмотрен в статье [3], приорите-

ты развития науки Чувашии в области охраны психического здоровья населения обсуждались в статье [4] (таблица).

Значимые публикации
врачей психиатров и наркологов Чувашии (1968-2009 гг.)

Вид работы	До 1992 г.	1992-2001	2002-2009	Всего
Монографии	–	1	4	5
Учебные пособия	–	1	12	13
Методические указания (всего), в том числе:	12	42	65	119
<i>для студентов</i>	2	27	45	74
<i>для врачей</i>	менее 10	15	20	45
Статьи в журналах (всего), в том числе:	5	25	142	172
<i>психиатрических</i>	3	7	13	23
<i>наркологических</i>	–	5	2	7
<i>психотерапевтических и психологических</i>	–	–	4	4
<i>сестринских</i>	–	–	31	31
<i>общемедицинских</i>	2	2	24	28
<i>опубликованные в Чувашии</i>	–	11	68	79
Зарубежные публикации	1	5	11	17

Как видно в таблице, в 90-х гг. XX в. активизировалась научная, учебная и методическая работа. В республике начали регулярно проводиться конференции и съезды по психиатрии, наркологии и психотерапии, врачи и преподаватели Чувашского государственного университета стали защищать кандидатские и докторские диссертации [5].

В 1992-2001 гг. количество статей в ведущих отечественных журналах по психиатрии и наркологии, республиканских медицинских журналах, а также за рубежом выросло многократно по сравнению почти с 40-летним начальным периодом становления психиатрической науки в Чувашии. Были опубликованы первая монография (А.В. Голенков "Пограничные психические расстройства у студентов Чувашии") и учебное пособие (А.В. Голенков "Особенности психических расстройств у жителей Чувашской Республики"), изданы 27 методических указаний для студентов и 15 – для врачей. Вра-

чи принимали активное участие в работе "Медицинского журнала Чувашии" и "Вестника Чувашского госуниверситета". Тематика публикаций весьма разнообразна, во многом отражала различные аспекты диссертационных исследований. Подготовка учебно-методических работ была направлена на оптимизацию преподавания психиатрии и психологии студентам-медикам в соответствии с Государственным образовательным стандартом той или иной медицинской специальности, создание учебно-методических комплексов по изучаемым предметам. Методические указания для врачей преимущественно затрагивали организационные аспекты работы служб, статистические показатели и их анализ.

В 2002-2009 гг. продолжился рост всех показателей, существенно выросло их качество. С 2005 г. в республике стал выходить ежегодный профильный журнал "Вестник психиатрии и психологии Чувашии", внесенный в регистр Международной организации по стандартизации – ISSN № 199301298 (Париж, Франция); издано пять номеров. Большое число статей в прочих медицинских журналах объясняется тематикой научных исследований, выполняемых на стыке с психиатрией и наркологией (неврология, акушерство, ВИЧ/СПИД и др.). Появились новые направления научной работы в сестринском деле в психиатрии и наркологии, а также в области психотерапии и медицинской (клинической) психологии. Данные аспекты весьма перспективны в современных условиях реформы здравоохранения, переходе его на инновационный путь развития. За рубежом (Белоруссия, Казахстан, Кыргызстан; Катар, Болгария, Великобритания, Греция, Канада, Непал, США, Швеция) в основном публиковались тезисы докладов конференций. Статей в авторитетных международных журналах пока всего две (*Neuroscience and Behavioral Psychiatry*, 1992; *European Psychiatry*, 2009).

В настоящее время в республиканских учреждениях психиатрического, наркологического и психотерапевтического профиля работают два доктора медицинских наук, шесть кандидатов медицинских наук [5]. Психологами защищены кандидатские диссертации по медицинской и социальной психологии.

Достаточно солидный научный потенциал позволяет с оптимизмом смотреть в будущее и ставить новые научные задачи.

В ближайшей перспективе нужно как минимум сохранить достигнутые темпы роста публикаций при улучшении их качества. В будущем необходимо углублять содержательную и методическую сторону исследований, стремиться соответствовать лучшим образцам не только отечественной, но и мировой науки.

Перечень изданных монографий по психиатрии
врачей и ученых Чувашии:

- *Голенков А.В.* Пограничные психические расстройства у студентов Чувашии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 1996. 116 с.
- *Николаев Е.Л., Голенков А.В., Меркулова Л.М.* Посттрадиционные психические расстройства: клинико-терапевтический и гистохимический аспекты. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. 144 с.
- *Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н.* Эпоха и этнос: проблема здоровья личности. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004. 268 с.
- *Орлов Ф.В., Голенков А.В., Иваничев Г.А.* Головная боль в клинике психических нарушений. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005. 132 с.
- *Николаев Е.Л.* Пограничные психические расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.

Литература

1. *Голенков А.В., Семенов Г.И., Козлов А.Б.* Роль Республиканской психиатрической больницы в обеспечении населения Чувашии специализированной помощью (исторический очерк, посвященный 35-летию РПБ). Чебоксары, 1997. 18 с.
2. *Голенков А.В.* История становления психиатрии в Чувашии // Вестн. психиатр. и психол. Чувашии. 2005. № 1. С. 8-35.
3. *Голенков А.В.* Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психиатрии // Вестн. психиатр. и психол. Чувашии. 2008. № 4. С. 124-132.
4. *Голенков А.В.* Исследования по психиатрии и наркологии в Чувашии: прошлое, настоящее и будущее // Здравоохранение Чувашии. 2008. № 1. С. 87-96.
5. *Квалификационные научные работы оп психиатрии, наркологии и медицинской психологии, выполненные в Чувашии // Вестн. психиатр. и психол. Чувашии. 2005. № 1. С. 86-87.*

А.В. Голенков

**НОВЫЕ ДИССЕРТАЦИОННЫЕ РАБОТЫ
ПО ПРОБЛЕМАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ,
ВЫПОЛНЕННЫЕ В ЧУВАШИИ**

2006 год

Николаев Евгений Львович

Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен (региональный аспект в Чувашии): дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург. Санкт-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Д 208.093.01). Специальности 14.00.18 – психиатрия, 19.00.04 – медицинская психология. Науч. консультанты: д-р мед. наук, проф. Н.Г. Незнанов, д-р мед. наук, проф. Б.Д. Карвасарский; офиц. оппоненты: д-р мед. наук, проф. В.И. Курпатов, д-р мед. наук, проф. Д.Н. Исаев, д-р психол. наук, проф. В.А. Ананьев; ведущее учреждение: Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатр. им. В.П. Сербского.

2009 год

Гартфельдер Денис Викторович

Социально-психологические детерминанты межличностного взаимодействия соматических больных с окружающими людьми: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль. Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова (Д 212.002.02). Специальность 19.00.05 – социальная психология. Науч. рук.: д-р социол. наук, проф. В.П. Фоминых; официальные оппоненты: канд. мед. наук, д-р психол. наук, проф. В.И. Назаров, канд. психол. наук, доц. Т.И. Миронова; ведущее учреждение: Тамбов. гос. ун-т им. Г.Р. Державина.

2010 год

Суслова Елена Станиславовна

Клинико-психологические характеристики дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами: дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург. Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Д 212.199.25). Специальность 19.00.04 – медицинская психология. Науч. рук.: д-р мед. наук, проф. Е.Л. Николаев; официальные оппоненты: д-р мед. наук, проф. С.А. Кулаков, канд. психол. наук Е.Б. Мизинова; ведущее учреждение: Санкт-Петерб. гос. ун-т.

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

ОТНОШЕНИЕ ЖИТЕЛЕЙ АЛАТЫРСКОГО РАЙОНА К ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ПСИХИАТРИИ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

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

По существующим в мировой и отечественной психиатрии расчетам, значительная доля (более 40) лиц постоянно или в отдельные периоды жизни нуждается в психиатрической или психологической помощи. Эти данные были получены в специальных эпидемиологических исследованиях по изучению состояния психического здоровья отдельных репрезентативных групп населения (обычно работников промышленных предприятий), экстраполированных затем на все население. Однако, согласно данным официальной статистики, психиатрическую помощь получает около 3 % [9]. Такая существенная разница обусловлена в первую очередь комплексом социально-психологических факторов, среди которых выделяется толерантность населения к психически больным и психиатрической помощи в целом [3-8].

По мнению В.С. Ястребова, С.А. Трушелева (2009), в средствах массовой информации до настоящего времени сохраняются преимущественно негативные образы психиатрии (больных, болезней, медицинских специалистов, учреждений). В печати образ больного предстает как "носитель безудержной агрессии и опасности либо беспомощная жертва болезни и общества". Психиатры описываются как лица, злоупотребляющие в области имущественного и гражданского права. Образ психиатрической больницы остается зловеще-негативным, она часто сравнивается с тюрьмой. Игнорируются возможности современной психиат-

рии в лечении психических расстройств (ПР), оказании различных форм помощи пациентам [10]. Указанные обстоятельства поддерживают предвзятое отношение общества к психиатрическим учреждениям, препятствуя своевременному обращению населения за психиатрической помощью. Проведенные нами исследования показали, что толерантность студентов-медиков и медицинских сестер к лицам с ПР ниже среднестатистических показателей [1, 2], однако отношение других групп населения республики осталось практически неизвестным.

В настоящей работе ставилась цель – на репрезентативной выборке населения изучить мнение жителей Алатырского района о психиатрии (психически больных, врачах-психиатрах, методах лечения ПР, психиатрических больницах).

Материалы и методы. Опрошено 630 жителей (213 мужчин, 417 женщин) в возрасте от 18 лет до 81 года (средний – $38,6 \pm 13,6$ года). Из г. Алатыря было 563 чел. (89,4 %), из Алатырского района – 67 (10,6 %). Начальное образование имели 4,2 %, среднее – 29,2 %, среднее специальное – 31,8 %, высшее – 34,8 % респондентов. Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 95 %) выборки (594 человека) производился на калькуляторе при доверительном интервале – 4 % для 60 800 жителей Алатыря и района [18].

Основу опросника из 20 утверждений составили 6 вопросов шкал Р. Вигга et al. [12] и J. Ritscher et al. [17], а также концептуальные положения исследований отечественных авторов [8, 10]. Использовалась 4-балльная оценка: "Да" – 4, "Скорее да" – 3, "Скорее нет" – 2, "Нет" – 1. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и однофакторного дисперсионного анализа.

Результаты и обсуждение. Знали хотя бы одного человека с ПР 41 % опрошенных, несколько – 11,1 %. Однако назвали какое-либо ПР или их признаки только 26,5 %. Чаще всего респонденты указывали шизофрению (13,2 %), умственную отсталость и психоз – по 10,2, слабоумие – 4,2, алкоголизм – 3, эпилепсию – 2,4, истерию (невроз) – 1,8, наркоманию – 1,2 % опрошенных. Среди характерных черт психически больного были названы агрессивность – в 28,1, галлюцинации и бред – в 10,2,

торможение психические деятельности – в 5,4, нарушения речи и мышления – в 4,2, эмоций – в 3, странности (неадекватность) в поведении и нарушения сна – в 2,4 %.

Указанные мнения согласуются с другими ответами респондентов, полученными в процессе опроса (таблица). Так, большинство опрошенных (72,6 %) согласилось с мнением, что психически больные имеют тенденцию к насилию, не обладают талантами (гениальностью) – 67,3, не вносят существенный вклад в общество – 83,1%; почувствовали бы себя неловко в их присутствии 68,9, не захотели бы познакомиться с человеком с ПР – 83,3, считали их глупыми людьми ("дураками") – 34 %.

По мнению респондентов, ПР отличаются от других заболеваний (55,9 %) и неизлечимы (56,8 %). Ответы на все перечисленные вопросы зависели от возраста респондентов ($p < 0,01 - 0,001$), т.е. с его увеличением показатели, как правило, ухудшались. Женщины чаще, чем мужчины, соглашались с тем, что психически больные имеют тенденцию к насилию ($p < 0,001$), не захотели бы с ними знакомиться ($p < 0,001$) и чувствовали бы себя неловко в их присутствии ($p < 0,03$). Мужчины в свою очередь склонялись к мнению, что психически больные – это глупые люди ($p < 0,05$). Жители села реже встречались с психически больными людьми ($p < 0,03$) и не считали их талантливыми и гениальными ($p < 0,001$). Респонденты с более низким образованием чаще соглашались, что психически больные – это глупые люди ($p < 0,05$) и ПР существенно отличаются от других болезней ($p < 0,03$).

Лично знали врачей-психиатров 45,1, несколько человек – 6 %. Намного чаще это были: респонденты из города ($p < 0,03$), с более высоким образованием ($p < 0,001$), работающие медиками ($p < 0,001$), люди старших возрастных групп ($p < 0,001$). Считали их уважаемыми в обществе людьми 68,5, вполне нормальными, лишенными странностей и чужаковости – 65, не обладающими особыми способностями ("гипнозом", "видит насквозь", "читает мысли" и др.) – 65,8, не злоупотребляющие при выполнении своих профессиональных обязанностей – 68,4, пользующихся научными методами лечения – 78, отдавали им должное в обслуживании пациентов (много что могут сделать для них) –

56,9 %; последнее утверждение сильно различалось в возрастных группах опрашиваемых ($p < 0,001$).

Вредными и опасными для здоровья считали методы лечения ПР 28,9 % опрошенных. В отношении психиатрических больниц была высказана точка зрения, что данные лечебно-профилактические учреждения сильно помогают в лечении ПР (73,7 %), но при этом ненамного лучше, чем тюрьмы (55,6 %).

Чаще соглашались с мнением, что врач-психиатр – врач, который "видит насквозь", "читает мысли", "обладает гипнозом", и др. люди старших возрастных групп ($p < 0,01$) и низким уровнем образования ($p < 0,05$). Городские жители и более образованные респонденты считали врачей-психиатров очень уважаемыми в обществе людьми ($p < 0,05$), но в то же время приписывали им ненормальность, странность и чужаковатость ($p < 0,01$). Оценки безопасности современных методов лечения ПР ухудшались при снижении уровня образования ($p = 0,01$), а психиатрические больницы ассоциировались с тюрьмами у более образованных респондентов ($p < 0,05$).

Некоторые вопросы вызвали трудности (таблица). Как видно в таблице, больше всего респондентов (3,7 %) не смогли ответить на вопрос – "Врачи психиатры при выполнении своих профессиональных обязанностей часто злоупотребляют?". Данное число не превышает допустимые пределы погрешности.

Полученные в исследовании мнения населения о психически больных и отношения к ним совпадают с данными литературы [3-6, 8, 14-16]. В частности, агрессивность является самым расхожим представлением о больном с ПР [10], как и другие признаки, характерные для состояний слабоумия и психозов. Наркологическая патология, аффективные и пограничные ПР упоминались респондентами довольно редко. Наиболее употребимыми характеристиками психически больного человека среди молодежи в работе S. Bailey являлись потеря контроля (6,9 %), помрачение сознания (5,7 %), замкнутость (5,1 %), склонность к насилию (2,3 %), потеря памяти (1,7 %), галлюцинации (1,1 %), психоз (1,1 %), суицид (0,6 %), необщительность (1,1 %). Среди ПР назывались: умственная отсталость (19 %), психопатия (17,1 %), ненормальность (10,2 %), сумашествие (10 %), "дура-

чок, псих" (7,4 %), странность (6,7 %) [11]. Д.Г. Семенихин и соавт. установили, что невротизация, профессиональная принадлежность и стаж работы по специальности накладывает отпечаток на отношение к психически больным. Терпимость к ним невысока независимо от специальности (педагоги, медики). Часто высказываются мнения о необходимости принудительной стерилизации психически больных. С увеличением невротизации снижается сочувствие к людям с ПР, возрастает негативное отношение и внутреннее напряжение при общении с ними, опасения реализации агрессивных и противоправных деяний с их стороны, дезорганизация общественной жизни [4].

Распределение ответов респондентов, %

Утверждение	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Нет ответа
Образ больного					
"Склонный к насилию"	45,8	26,8	10,9	16,5	1,0
"Гений, талант"	16,8	15,9	26,3	41,0	0,5
"Полезный член общества"	10,5	6,4	16,1	67,0	0,5
"Вызывающий стыд"	53,3	15,6	6,8	24,3	0,3
"Избегаемый"	13,2	3,5	21,0	62,3	0,3
"Глупый человек, дурак"	18,9	15,1	24,6	41,4	0,3
"Обычный больной"	37,6	6,5	9,2	46,7	–
"Неизлечимый"	26,8	16,3	19,3	37,6	0,5
Образ врача-психиатра					
"Уважаемый в обществе человек"	44,9	23,6	13,9	17,6	1,0
"Станный, чудака, ненормальный"	24,5	10,5	11,0	54,0	0,3
"Психифеномен"	19,6	14,6	17,8	48,0	1,1
"Злоупотребитель полномочиями"	20,6	11,0	24,3	44,0	3,7
"Шарлатан"	16,1	5,9	15,7	62,3	0,3
"Созерцатель"	25,6	17,5	20,3	36,6	1,4
Образ психиатрической больницы и методов лечения ПР					
"Вредное и опасное лечение"	20,6	8,3	24,6	46,5	2,1
"Нужное лечебное учреждение"	54,9	18,8	9,7	16,6	0,5
"Тюрьма"	37,5	18,1	17,8	26,6	1,0

Получила подтверждение точка зрения о влиянии возраста и места жительства респондентов на осведомленность о ПР. Представители старших возрастных групп и жители села в целом хуже определяют ПР, расценивают психофармакотерапию как вредное лечение [13-16]. И.Р. Семин выявил, что отношение

к лицам, лечившимся у психиатра, зависит от пола респондента и пациентов. Горожане показали большую толерантность к психически больным, чем селяне. Опрошенные сельские жители одинаково относятся к больным мужчинам, больным женщинам. Мужчины из села и города относятся достоверно более терпимо к больным с ПР, чем женщины. Лишь мужчины согласились бы работать рядом с психически больными женщинами [5]. Положительное отношение к врачам-психиатрам у населения Алатырского района, видимо, объясняется сложившимися социальными установками, непринятием респондентами его отрицательного образа.

Таким образом, проведенный опрос показал довольно негативное отношение населения к психически больным, стигматизирующие установки и значительную социальную дистанцию с ними, пессимистичные взгляды на прогноз ПР, низкую в целом психиатрическую грамотность респондентов. К психиатрическим стационарам выявлялось двойственное отношение: и сравнение их с тюрьмой, и признание существенного вклада в лечение больных. Врачи-психиатры пользуются доверием и авторитетом у населения, что является важным, но мало, к сожалению, используемым обстоятельством в формировании позитивного образа психиатрии, дестигматизации больных и лечебных учреждений.

Литература

1. *Голенков А.В., Аверин А.В., Чучакова Н.А.* Толерантность медицинских сестер к психически больным // Сестринское дело. 2008. № 3. С. 27-29.
2. *Голенков А.В., Калинина Е.В.* Отношение к психически больным и их выявление в населении // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2004. С. 86-90.
3. *Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н.* Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 7. С. 58-65.
4. *Семенухин Д.Г., Карпов А.М., Ревенкова Ю.А., Баймакова О.В.* Социально-психологический блок в биопсихосоциальной структуре детерминации психического здоровья. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008. 336 с.

5. *Семин И.Р.* Психически больной в обществе (результаты экспериментального исследования) // Психиатрия в контексте культуры: сб. науч. тр. Томск; Улан-Уде, 1995. С. 132-186.
6. *Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н.* Социально-психологические факторы стигматизации психически больных // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 9. С. 59-67.
7. *Финзен А.* Психоз и стигма / пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М.: Алетейа, 2001. 216 с.
8. *Свердлов Л.С., Скорик А.И.* Проблема сотрудничества в психиатрии и психиатрическая мифология // Совр. достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств: сб. науч. тр. СПб.: СПНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2008. Т. СXXXIX. С. 271-278.
9. *Чуркин А.А.* Эпидемиология психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 88-101.
10. *Ястребов В.С., Трушелев С.А.* Социальные образы психиатрии // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 6. С. 65-68.
11. *Bailey S.* Young people, mental illness and stigmatisation // *Psychiatric Bulletin*. 1999. Vol. 23. P. 107-110.
12. *Burra P., Kalin R., Leichner P. et al.* The ATP-30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry // *Med. Educ*. 1982. Vol. 16, N 1. P. 31-38.
13. *Dahlberg K., Waern M., Runeson B.* Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care // *BMC Public Health*. 2008. 8:8. doi:10.1186/1471-2458-8-8.
14. *Farrer L., Leach L., Griffiths K. et al.* Age differences in mental health literacy // *BMC Public Health*. 2008. 8:125. doi:10.1186/147-2458-8-125.
15. *Griffiths K., Christensen H., Jorm A.* Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study // *BMC Public Health*. 2009. 9:92. doi:10.1186/1471-2458/9/92.
16. *Jorm A.* Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders // *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 177. P. 396-401.
17. *Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M.* Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure // *Psychiatry Res*. 2003. Vol. 121. P. 31-49.
18. Калькулятор размера выборки [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.bma.ru/calculator.htm, свободный (дата обращения 16.05.2010).

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ:
ЛЕКЦИЯ**

Л.Н. Юрьева

*Днепропетровская государственная медицинская академия,
Днепропетровск, Украина*

Шизофрения загадочна, как сфинкс,
это тайна (мистерия).
Х.Х. Лопес Ибор

За 110-летнюю историю изучения генеза шизофрении не было выявлено ни одного специфического для шизофренического процесса этиологического фактора и не разработана единая теория патогенеза шизофрении. В современной психиатрии принято считать, что шизофрения:

- гетерогенное мультифакториальное расстройство (или группа расстройств);
- заболевание с "неизвестной этиологией"; ни один из факторов не является специфическим и сам по себе не объясняет генез шизофрении (Ch. Pull, 1999);
- основная модель, интегрирующая все многообразие изученных предположительных этиологических факторов – *модель предрасположенности к влиянию стрессов (stress diathesis model)*. Модель стресс-диатеза постулирует, что для возникновения шизофрении необходимо, с одной стороны, наличие специфической уязвимости человека к различным стрессорам окружающей среды (диатез), а с другой стороны, воздействие этих стрессоров. Под стрессором подразумевается все многообразие биологических, психологических и социокультуральных факторов. Например, шизофренический диатез может быть генетически обусловлен, а также эпигенетически сформирован.

1. Генетические факторы. В результате генетических исследований были выявлены многочисленные данные, соответствующие гипотезе о наличии генетического базиса шизофрении.

Обнаружены изменения экспрессии генов, повреждающие гомеостаз ЦНС. Найдены изменения в 6, 8 и 13 хромосомах.

Риск заболеть шизофренией среди различных групп населения различен, %:

- общая популяция – 1.
- дети (один родитель болен) – 9-13.
- дети (если больны оба родителя) – 40-46.
- внуки – 5.
- сибсы (родные братья/сестры) – 6-12.
- двуйцевые близнецы – 17.
- однойцевые близнецы – 48.

Если в семье больна шизофренией мать, то дети заболевают шизофренией в 5 раз чаще, чем если болен отец (Н.И. Озерова, В.М. Гиндилис и др.).

Исследования с усыновленными близнецами подтвердили высокую степень наследственной обусловленности заболевания. У пациентов с выраженной наследственной отягощенностью шизофрения манифестирует раньше и течет более неблагоприятно.

Существует моногенная, олигогенная и полигенная теории шизофрении. Однако наиболее популярна гипотеза генетической неоднородности шизофрении. В контексте модели стресс-диатеза можно предположить, что наследуется не шизофрения, а только определенный код, очерчивающий круг возможных признаков и способов реагирования, который под воздействием факторов среды проявляется как патологический процесс.

Большой вклад в изучение генетики шизофрении, взаимодействия наследственных и средовых факторов внесли отечественные ученые В.П. Эфроимсон, И.В. Шахматова-Павлова, Т.И. Юдин, В.М. Гиндилис, В.И. Полтавец и др.

Полученные данные являются основой для рекомендации проведения генетического консультирования лицам из группы риска.

2. Факторы, полученные в результате биологических исследований. В связи с активно развивающимися исследованиями в области психофармакологии и внедрением современных методов нейровизуализации сформулирован ряд нейробио-

логических теорий и описаны предположительные патогенетические механизмы развития шизофрении.

Согласно *нейроанатомической теории*, шизофрения рассматривается как заболевание головного мозга, при котором поражены фронтальная доля, лимбическая система и базальные ганглии. Было выявлено, что продуктивная симптоматика при шизофрении обусловлена дисфункцией системы хвостатого ядра мозга и лимбической системы. Регистрируется рассогласованность в работе полушарий, дисфункция лобно-мозжечковых связей. Методом компьютерной томографии (КТ) обнаружены расширения передних и боковых рогов желудочковой системы, которые коррелировали с выраженностью негативной симптоматики. На ЭЭГ снижен вольтаж с лобных отведений (при ядерных формах шизофрении), преобладает левосторонняя патология и регистрируется ряд патологических феноменов. Нарушена функция левого полушария.

Профессор Рене Кан на конгрессе в Португалии (2007) в докладе "Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга" убедительно показал, что шизофрения связана с прогрессирующей потерей вещества головного мозга, которое начинается на ранней стадии заболевания. Этот процесс может быть ослаблен посредством лечения атипичными нейролептиками.

Нейроанатомическая теория послужила основой для внедрения в психиатрию в 1937 г. электросудорожной терапии (ЭСТ) и психохирургических методов лечения шизофрении (префронтальной лейкотомии – лоботомии)¹.

Среди отечественных ученых в разработку проблем нейропсихиатрии большой вклад внес А.С. Шмарьян (1901 – 1961). Возглавляемая им группа психиатров оставила самое подробное во всей мировой литературе описание до- и послеоперационного психического состояния больных шизофренией, перенесших префронтальную лейкотомию.

¹ Нобелевская премия по физиологии и медицине в 1949 г. была присуждена португальскому психиатру и нейрохирургу Эгашу Моницу (Egas Moniz) за "открытие терапевтического воздействия префронтальной лейкотомии при некоторых психических заболеваниях".

В 1950 году в СССР этот метод из-за его травматичности, неблагоприятных клинических последствий и по этическим соображениям был запрещен. Электросудорожная терапия используется в настоящее время редко.

Согласно *нейрохимической теории*, шизофрения рассматривается с позиций расстройства метаболизма. Данные биохимических исследований позволили сделать вывод о том, что в патогенезе шизофрении основополагающую роль играет дисбаланс дофаминергической активности, а также других нейротрансмиттеров: серотонина, гамма-аминомасляной кислоты, глутамата, норадреналина, ацетилхолина и различных нейропептидов.

В результате биохимических исследований установлена связь между продуктивными расстройствами и повышенной дофаминергической активностью в мезолимбическом тракте, а также между первичными негативными симптомами и сниженной дофаминергической активностью в мезокортикальном тракте. Полученные данные позволили сформулировать "дофаминовую гипотезу" шизофрении, которая явилась базисом для обоснования применения нейролептиков при шизофрении¹.

Кроме дофаминергического дисбаланса было установлено, что при доминирующей продуктивной симптоматике увеличено количество холецистокинина, соматостатина, вазопрессина. При доминирующей негативной симптоматике отмечался дефицит норадреналина и серотонина.

Выявлены нарушения обмена белков, углеводов и липопротеидов.

Среди отечественных психиатров биохимическое направление в психиатрии развивали А.И. Ющенко, В.П. Протопопов, И.А. Полищук, И.П. Анохина и др.

До настоящего времени не утратила своей актуальности гипотеза украинских ученых психиатров В.П. Протопопова и

¹ Нобелевская премия по физиологии и медицине в 2000 г. была присуждена шведскому нейропсихиофармакологу Арвиду Карлссону (A. Carlsson) за разработку в 1960-е годы дофаминергической теории развития шизофрении. Он показал, что нейролептики влияют на синаптическую передачу в мозге, блокируя дофаминовые рецепторы. А. Карлссон также внес большой вклад в создание нового поколения антидепрессантов.

И.А. Полищука, согласно которой в основе патологического процесса при шизофрении лежит токсикоз, обусловленный расстройством белкового обмена. Причину возникновения этого процесса они объясняли врожденной неполноценностью эндокринного аппарата (гипофункция щитовидной железы, гипофиза и половых желез), снижением антитоксической функции печени и конституционной слабостью центральной нервной системы.

Согласно *иммунологической концепции* в патогенезе шизофрении важную роль играют иммунологические нарушения. О значении аутоиммунных процессов в патогенезе шизофрении свидетельствует выявление атипичных лимфоцитов, понижение числа клеток-киллеров, переменный уровень иммуноглобулинов, наличие аутоантител против мозговой ткани. Полученные данные можно интерпретировать либо как показатель наличия инфекции (например, медленного вируса), которая вызывает как психическое расстройство, так и нарушение иммунитета, либо как аутоиммунную реакцию в определенных мозговых областях.

Выявленные иммунологические механизмы в патогенезе шизофрении послужили обоснованием к применению иммунофармакологических препаратов (иммунодепрессантов и иммуностимуляторов) в терапии резистентных случаев шизофрении. Кроме того, выявленные в сыворотке крови больных шизофренией антитела к применяемым ими психотропным препаратам позволили объяснить патологические иммунные реакции на эти препараты при тяжелых осложнениях (поздней дискинезии и фармакогенных психозах).

Большой вклад в развитие иммунобиологической концепции шизофрении внесли С.Ф. Семенов и сотрудники, М.Е. Вартамян, А.П. Чуприков, Н.И. Кузнецова и др.

В настоящее время актуализировались исследования, направленные на изучение вирусной и инфекционной гипотез шизофрении. Приоритет в изучении взаимоотношений между мозгом и вирусом при шизофрении принадлежит отечественным ученым, которые работали над этой проблемой уже в 50-е гг. XX столетия (Г.Ю. Малис, В.М. Морозов и др.). Инфекционную гипотезу шизофрении отстаивали А.С. Чистович, А.Л. Эпштейн и др.

Анализ данных современных исследований позволяет говорить о том, что латентный вирус, длительно персистирующий в мозге, может вызывать тонкие биохимические изменения в нейронных структурах, приводящих к изменению их функций, что может вызвать неврологические и (или) психопатологические симптомы. Подтверждением этой гипотезы является тот факт, что при некоторых нейроинфекционных заболеваниях с достоверно установленной этиологией (например, герпетический энцефалит, подострый склерозирующий панэнцефалит) клиническая картина начального периода напоминает шизофрению.

На 22-м конгрессе Европейской коллегии нейропсихофармакологов (ECNP) в 2009 г. один из симпозиумов был посвящен анализу влияния вирусных и инфекционных заболеваний в генезе шизофрении. Название симпозиума "Шизофрения – инфекционное заболевание?" свидетельствует о новом витке в поисках этиологического фактора шизофрении.

При шизофрении наблюдаются и *психоэндокринологические нарушения*. Эндокриновегетативная концепция шизофрении была теоретической основой инсулинотерапии, предложенной в 1933 г. Манфредом Закелем (Manfred Sakel) для лечения больных шизофренией. Он рассматривал инсулин как специфический ваготонический гормон, который в высоких дозах, вызывающих гипогликемическую кому, способствует упорядочиванию эндокринной системы, нарушенной при шизофрении. Данный метод лечения применялся в психиатрии до 90-х г. XX в. В настоящее время не применяется.

В современных исследованиях подтверждается эндокринологическая составляющая в патогенезе шизофрении. Обнаружена корреляция позитивной симптоматики с понижением уровня пролактина. Имеются данные о торможении выделения пролактина и гормона роста в ответ на стимуляцию гонадотропин-рилизинг гормона или тиреотропин-рилизинг гормона.

Выявленные иммунологические и эндокринологические нарушения возможны при патологических (структурном и биохимическом) изменениях гипоталамуса.

Вышеизложенные гипотезы и теории шизофрении являются основой "медицинской модели" шизофрении и обоснованием

для применения биологической терапии (инсулинотерапия, ЭСТ, психофармакотерапия). Данный подход характерен для биологической психиатрии.

Ниже представлены теории, послужившие основой для объяснения феномена шизофрении с позиций социодинамической психиатрии и являющиеся обоснованием для профилактики, психосоциальной терапии и реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в рамках социальной психиатрии.

3. Психосоциальные факторы. Несмотря на выявленную биологическую предрасположенность к шизофрении, психосоциальные факторы также считаются значимыми в развитии, выраженности и течении шизофренического процесса. Применяемые методы психологической диагностики, психотерапии и психокоррекции шизофрении основаны на теориях, рассматривающих особенности личности и ее формирования в различных аспектах.

Когнитивные факторы. Исследования, проведенные у пациентов в дебюте шизофрении, легли в основу выделения типичного "когнитивного профиля" при шизофрении (Y.V. Gopal, H. Variend, 2005). Наиболее выражены следующие нейрокогнитивные нарушения:

- выраженные нарушения внимания (по параметрам устойчивости и переключаемости);
- нарушение избирательности памяти (преимущественно слухоречевой);
- модально-неспецифическое сужение объема кратковременной памяти;
- искажение зрительно-пространственных синтезов;
- существенные затруднения при выполнении заданий на динамический праксис.

Кроме того, выявляемое снижение нейрокогнитивных функций в преморбидном периоде, а также наличие нейрокогнитивного дефицита у родственников первой степени родства рассматривается некоторыми авторами как фактор предрасположенности к заболеванию (A.L. Hoff, W.S. Kremen, 2002).

Теории, фокусирующиеся на особенностях личности.
Психоаналитическая теория. Согласно теории психоанализа, критическим расстройством при шизофрении является нарушение организации "Эго", которое оказывает влияние на интерпретацию реальности и контроль внутренних потребностей (агрессия, сексуальные потребности и т.п.). Источник этих расстройств – нарушение отношений между младенцем и матерью.

С точки зрения современных психоаналитических концепций, различные симптомы шизофрении имеют символическое значение: ощущение собственного величия отражает реактивированный нарциссизм, когда пациент считает себя всемогущим; галлюцинации замещают объективную реальность и выражают внутренние желания и страхи больного.

Теория обучения. Согласно этой теории, больные шизофренией в детстве усваивают иррациональные реакции и способы мышления, подражая родителям, которые имеют эмоциональные проблемы. В дальнейшем эти дети имеют проблемы в налаживании продуктивных социальных контактов, что влечет за собой нарушение интерперсональных связей.

Теории, касающиеся роли семьи. Несмотря на то, что не доказана роль семьи как этиологического фактора в развитии шизофрении, существует ряд теорий, рассматривающих семью как возможный санкционирующий фактор. Наиболее известны следующие теории:

Теория "двойного зажима" Gregory Bateson, в которой рассматривается специфическая семейная ситуация, в которой находится ребенок, вынужденный постоянно делать выбор между двумя альтернативами. Причем любой выбор является эмоционально непереносимым и проигрышным для ребенка, который в связи с этим находится в постоянном стрессе и замешательстве.

В теории Theodor Lidz описывается два вида патологического поведения в семье. При первом имеет место значительное "расщепление" между родителями, один из которых очень близок с ребенком противоположного пола. При втором – доминирование одного из родителей, в связи с чем выражен "перекос" в структуре семьи и семейных взаимоотношений.

В теории *Lyman Wynne* описаны семьи, для которых характерны специфические способы общения. В этих семьях подавлена эмоциональная составляющая отношений и доминируют "псевдовзаимные" или "псевдовраждебные" вербальные коммуникации.

Ребенок, находясь и воспитываясь в семьях с описанными стилями взаимоотношений и поведения, в последующем плохо адаптируется к требованиям социума и демонстрирует неадекватные формы поведения.

Теории, касающиеся роли семьи, явились обоснованием для рекомендации семейного вмешательства при шизофрении (семейная психотерапия, психообразовательные программы, психологическое консультирование родственников).

Концепция социальных ритуалов *Ж.Е. Соорег* предполагает, что у больных шизофренией нарушено ролевое поведение. Большинство социальных ролей не могут удовлетворительно выполняться без соблюдения определенных социальных ритуалов (приветствие, благодарность, прощание и т.п.). Но соблюдение адекватных социальных ритуалов требует участия префронтальной коры. У больных шизофренией (особенно с доминирующей негативной симптоматикой) отмечается дисфункция лобных отделов головного мозга. В связи с этим ролевое социальное поведение пациентов и их навыки общения с людьми нарушены.

На основе этой концепции базируются рекомендации по проведению тренинга социальных навыков для пациентов.

4. Экологические теории. Экологические теории связывают генез шизофрении с пре-, пери- и постнатальными повреждениями плода, которые предрасполагают к проявлению патологического гена. Заболевшие шизофренией чаще рождались в холодное время года, имели небольшую массу тела при рождении, рождались в тяжелых родах или перенесли в раннем детстве поражение ЦНС либо имели травму головы. Акушерские осложнения увеличивают распространенность шизофренией на 20 %. Травмы при родах и родоразрешении, особенно при затянувшихся родах, связаны со значительными структурными мозговыми аномалиями – церебральной атрофией и уменьшением

размера гиппокампа, которые часто встречаются при шизофрении (Р.Уорнер, 2004).

5. Социокультурные теории шизофрении. Согласно социокультурным теориям, определенную роль в этиологии шизофрении, ее развитии и течении играют урбанизация, индустриализация и связанные с ней стрессы.

По программе ВОЗ в 9 странах мира с различной культурой (Великобритания, Дания, Индия, Колумбия, Нигерия, СССР, США, Чехословакия, Тайвань) изучались распространенность и симптоматика шизофрении. Исследователи пришли к выводу, что в целом шизофрения – универсальное психическое расстройство, но и при нем имеются некоторые межкультурные различия. У больных из развивающихся стран болезнь протекает в более легких формах и с более длительными ремиссиями, чем у пациентов из высокоразвитых индустриальных стран, у которых чаще диагностируются кататонические симптомы, слуховые и зрительные галлюцинации.

Исследователи объясняют эти различия несколькими причинами. Во-первых, тем, что шизофрения – болезнь цивилизации, которая является результатом того, что современное общество не способно удовлетворить потребности личности в уединении и общении, в регулировании в нем взаимоотношений "Я – другие". Во-вторых тем, что в разных культурах взгляды на симптомы и на место больного шизофренией в обществе различны, т. е. степень отвержения пациентов не одинакова. Например, в Нигерии слуховые галлюцинации не считаются чем-то аномальным, и пациент после лечения не отторгается обществом и родственниками и сразу же включается в социальную жизнь. В других странах диагноз "шизофрения" – ярлык, который имел трагические социальные последствия для его носителя.

После этих исследований возобновился интерес к социокультурным теориям шизофрении, среди которых наибольшую известность получила "социологическая теория шизофрении" венгерского этнолога и психоаналитика G. Devereux, который считал шизофрению этническим психозом. "Этнический психоз определяется, с одной стороны, конфликтом, который поражает большинство нормальных индивидуумов, и который только

лишь более ярко выражен у психотика, а с другой стороны, симптомами, поставляемыми в готовом виде культурной средой. Содержание бреда в значительной степени зависит от социокультурных особенностей среды проживания пациента.

G. Devereux считал, что каждый случай шизофрении "сохраняет в себе – явно или неявно – проявления признаков дезориентации в социокультурной среде, находящейся в процессе изменения". Однако он подчеркивает, что, "хотя шизофрения может быть вызвана неэффективными попытками адаптироваться к среде, находящейся в процессе преобразования, эта среда сама по себе не могла бы быть причиной шизофрении".

6. Эволюционные теории шизофрении. *Эволюционная концепция шизофрении Т.Д. Кроу.* Согласно представлениям Т.Д. Кроу (1991-1997), сформулировавшего эволюционную концепцию шизофрении, ее происхождение тесно связано с видообразованием, возникновением языка и отчетливой асимметрией мозга. Он считал, что процесс латерализации протекает с повреждающим эффектом и ускоряет "схизис", а также определяет дихотомию позитивные – негативные симптомы.

Эволюционная теория шизофрении находит свое подтверждение и в трудах D.F. Hogrobin (1998-2001), занимающегося биохимией эндогенных психозов. Он видит биологическую основу эволюционной теории в специфической трансформации обмена липидов, которые обеспечили многократное расширение межнейронных связей, обусловленное увеличением мозга первобытного человека за 2 миллиона лет. Эти особенности липидного метаболизма отсутствуют у высших приматов и характерны только для человека. Наиболее выражены они у больных шизофренией и у высокоодаренных личностей.

По мнению Т.Д. Кроу, шизофрения является результатом развития культуры, платой за язык и определяет некий психопатологический маршрут, движение по которому сделало нас людьми. Исследования, направленные на дальнейшее изучение эволюционной теории шизофрении, на Украине проводятся Крымской школой психиатров.

Представленный в данном разделе обзор концепций не исчерпывает всего многообразия теорий, моделей, гипотез шизоф-

рении, а представляет собой анализ наиболее актуальных для клинической психиатрии точек зрения на причины возникновения шизофрении. "Современные данные, касающиеся причин шизофрении, представляют собой пеструю картину. Абсолютно ясно, что в процессе участвует множество факторов... В конечном счете шизофрения, вероятно, представляет собой гетерогенную группу заболеваний, причинами которых в одних случаях выступают одни факторы, а в других – другие" (N.C. Andreasen, 1984).

7. Этиопатогенетически обоснованные стратегии профилактики и терапии шизофрении. Ни одна из описанных теорий не объясняет полностью ни этиологии, ни патогенеза шизофрении. Однако каждая из них дает основание для назначения патогенетически ориентированной биологической и психосоциальной терапии, а также реабилитации пациентов.

Автором обобщены данные современных исследований шизофрении и основанные на них методы профилактики и терапии (таблица).

В завершение необходимо признать актуальность и современность мыслей, высказанных А.С. Кронфельдом более 70 лет тому назад: "Современная концепция шизофрении является не завершением нозологических исканий в этой области психозов, а лишь предварительным результатом клинической договоренности".

Этиопатогенетически обоснованные стратегии профилактики и терапии шизофрении (Л.Н. Юрьева)

Факторы	Выявленные изменения	Профилактика, терапия
Биологические исследования		
Генетические	Выявлены данные, соответствующие гипотезе о наличии генетического базиса шизофрении	Генетическое консультирование

Факторы	Выявленные изменения	Профилактика, терапия
Нейроанатомические	Расширение боковых и третьего желудочков головного мозга (10-50 %), атрофия коры (10-35 %), выраженная дисфункция фронтальной доли, передних лимбических отделов мозга и базальных ганглиев, межполушарная асимметрия	ЭСТ, медикаментозная и нейропсихологическая коррекция нейрокогнитивных нарушений, негативных расстройств и резистентных к терапии случаев
Данные ЭЭГ	Регистрируется спайковая активность, пароксизмальные отклонения, повышена чувствительность к активации; преобладает левосторонняя патология	Подбор нейролептиков в зависимости от наличия десинхронизации или синхронизации биоэлектрической активности. При появлении гиперсинхронной активности в виде острых волн – назначение антиконвульсантов
Нейрохимические	Повышенная дофаминергическая активность в мезолимбическом тракте (продуктивные симптомы) и сниженная – в мезокортикальном (первичные негативные симптомы). Повышена активность серотонинергической и норадреналиновой системы	Типичные и атипичные антипсихотики

Продолжение таблицы

Продолжение таблицы		
Иммунологические	Атипичные лимфоциты, понижение числа клеток-киллеров, переменный уровень иммуноглобулинов. Наличие аутоантител против мозговой ткани	Иммунофармакологические препараты (иммунодепрессанты и иммуностимуляторы) для преодоления резистентности к психотропным препаратам. Профилактика, диагностика и лечение инфекционных заболеваний
Психоэндокринные нарушения	Понижение уровня фолликулостимулирующего гормона, торможение выделения пролактина и гормона роста в ответ на стимуляцию. Эти нарушения возможны при патологических изменениях в гипоталамусе (структурных или нейрохимических)	Инсулинотерапия (в настоящее время не применяется). Контроль эндокринологического статуса и его динамики при назначении психотропных препаратов
Социально-психологические исследования		
Когнитивные	Нейрокогнитивные нарушения	Нейропсихологическая и фармакологическая коррекция; тренинг когнитивных функций
Специфический стиль взаимоотношений и поведения в семье	Выражен "перекос" в структуре семьи и семейных взаимоотношений, эмоционально амбивалентные отношения с родителями, что ведет к формированию неадекватных форм поведения и плохой адаптации в социуме	Семейная психотерапия, психообразовательные программы, психологическое консультирование родственников

Продолжение таблицы		
Социальные	Нарушение ролевого социального поведения и навыков общения с людьми	Тренинг социальных навыков; групповая психосоциальная терапия
Реакции и способы мышления в детстве	Усвоение иррациональных реакций и способов мышления в детстве, что влечет за собой нарушение интерперсональных связей	Когнитивно-бихевиоральная психотерапия
Пре-, пери- и постнатальные повреждения плода	Небольшая масса тела при рождении, тяжелые роды, поражение ЦНС	Профилактика пре-, пери- и постнатальных повреждений плода
Социокультурные	Хронические стрессы, связанные с урбанизацией и индустриализацией, дезориентация в стремительно изменяющейся социокультурной среде	Стресс-менеджмент, социально-трудовая реабилитация, тренинг социальных навыков

ИСТОРИЯ БРИТАНСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Е. Завьялова (Кларк)

Психолог системы образования, Великобритания

Психологическое общество¹ было основано 24 октября 1901 г. в Университетском Колледже Лондона. Его цель состояла в том, чтобы продвигать научные психологические исследования и развивать сотрудничество ученых и специалистов в различных областях психологии. Десять исследователей-основателей решили, "что только те, кто стал признанным учителем в психологии или кто издал работу определённой ценности, имеет право быть членом Общества".

Позднее первый историк Общества вспоминал, что переход к названию "Британское психологическое общество" (БПО) в 1906 г. произошло не из-за какого-то внезапного приступа имперской гордости, а из-за обнаружения другого сообщества людей с аналогичным названием. Поэтому было внесено изменение в название, утвержденное на совете (Edgell, 1947, p. 116).

Количество членов БПО непрерывно увеличивалось вплоть до Первой мировой войны. По возвращении со службы в Королевском армейском медицинском корпусе в ноябре 1918 г. тогдашний редактор британского "Журнала психологии" начал изменения, имеющие революционные последствия для всей британской психологии.

Чарльз Майерс (Charles Myers) стал собственным редактором в 1914 г., когда журнал был приобретен БПО. Он предложил Обществу создать самостоятельные секции медицинской, индустриальной и образовательной психологии. После принятия его предложения БПО стало доступно практически любому человеку, интересующемуся психологией (а не только признанным ученым или учителям), присоединиться к Обществу. К концу 1920 г. количество членов превысило 600. Ч. Майерс был избран первым президентом БПО.

¹ Краткая история написана доктором Джеффом Банном из Исследовательского Товарищества БПО при Музее науки (1998-2001).

Реформы 1919 г. принесли долгожданное освобождение от благородной бедности прошлого, но стали началом продолжительных дебатов между профессиональными обществами и научно-исследовательскими округами.

Столетие спустя возможности и объём работы для психологов увеличились. Психологи стали работать в разных областях нашей жизни, включая области здоровья, образования, работы и закона.

БПО неоднократно реструктурировалось, формируя различные подразделения, советы, комитеты и подсистемы, чтобы присоединить как можно больше заинтересованных участников.

Регистр профессиональных психологов был учреждён в 1930-х гг. В 1948 г. стал выходить "Ежеквартальный бюллетень Британского психологического общества". Его редактором был Фредерик Лос, журналист из "Хроники новостей". Количество членов БПО составляло 1897 чел. в 1950 г. и достигло 2655 в 1960. К 1982 г. в Обществе было более 10000 членов, в настоящее время – более 45000.

В 1965 г. Обществу предоставили Королевский чартер. 18 декабря 1987 г. в Букингемском дворце королева внесла поправки к Чарту, таким образом, разрешив БПО присоединиться к Регистру дипломированных психологов. Член БПО, получивший уставной дипломированный статус, имеет право на приписку в письмах "C. Psychol." после своего имени.

Реформы в течение последних нескольких лет радикально изменили организационную структуру БПО. Главные административные офисы Общества в 1970-х гг. переехали в Лестер. С покупкой дополнительных офисов в Лондоне в 2000 г. БПО символически возвратилось в город, в котором оно было основано почти сто лет тому назад.

В Соединенном Королевстве БПО является представительным органом психологов и психологии. БПО занимается благотворительностью, что наряду с преимуществами накладывает определенные ограничения, например Общество не может проводить кампании, которые отмечены как политические. Оно стремится поднимать стандарты обучения и практики в психологии, повышать осведомленность общественности в психоло-

гии и увеличивать влияние практической психологии в обществе.

Четко определено, что психологи занимают ведущие роли в следующем:

- защита общественности, поддержание Регистра дипломированных психологов и Кодекса норм поведения;
- установление норм обучения психологов как дипломированных специалистов и на студенческом уровне;
- предоставление общественности информации о психологии;
- осуществление поддержки посредством членства, непрерывного профессионального совершенствования;
- обеспечение гостеприимства на конференциях и встречах;
- подготовка программных заявлений;
- издание книг, периодической печати, ежемесячного "Журнала психологии", свободного "Обзора исследования" и различных других публикаций;
- установление норм для психологического тестирования;
- поддержание истории Центра психологии.

БПО выпускает 11 журналов. Регулярно делается обзор свободной двухнедельной электронной почты недавних исследований в психологии для более чем 20000 подписчиков. Обзор также идёт в онлайн как блог, в котором люди могут оперативно читать и комментировать результаты представленного исследования. Обзор идеален для любого интересующегося психологией – от студентов до исследователей.

Существуют подсистемы: секции, подразделения и ветви. БПО в настоящее время имеет 10 подразделений (учителей и исследователей в психологии; психологии здоровья; судебной психологии; ребенка и образовательной психологии; профессиональной психологии; советуемой психологии, клинической психологии; нейропсихологии; Шотландское подразделение образовательной психологии) и 13 секций, работающих в различных областях психологии, открытых для практиков (сознательную и экспериментальную секцию психологии; познавательной психологии; психологии, связанную с развитием; психологии образования; истории и философии; лесбийскую и гей секцию психологии; психобиологии; психотерапии; качествен-

ных методов; секции психологии женщин; социальной; надличностной психологии). Только профессиональные и компетентные психологи наделены правом полного членства в подразделении, тогда как в секции входят заинтересованные группы, включая членов БПО, которые интересуются специфическими аспектами психологии.

Эмблема БПО представляет изображение греческой мифической фигуры Psyche (Псих или Психеи), персонификация души, держащей Викторианскую лампу, которая символизирует происхождение психологии слова. Лампа символизирует изучение и является также ссылкой на историю Души.

Литература

1. *Bunn Geoff.* BPS Research Fellow at the Science Museum (1998-2001) // Periodical information published by BPS.
2. *Steinberg H.* A brief history of the Society logo // *The Psychologist.* 2001. Vol. 14. P. 236-237.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

ОПЫТ РАБОТЫ КУРСА ПСИХИАТРИИ ИНСТИТУТА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ЧУВАШИИ

Курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ГОУ "Институт усовершенствования врачей" Минздравсоцразвития Чувашии в открыт в 2003 г. С момента его открытия заведует курсом кандидат медицинских наук А.Б. Козлов. В штате курса 9 сотрудников, из них имеют степень доктора медицинских наук – 2 чел., кандидата – 3 чел. Трое являются главными специалистами-экспертами Минздравсоцразвития Чувашии. Все специалисты курса являются высококвалифицированными специалистами, имеют высшую и первую квалификационные категории и государственные сертификаты на осуществление медицинской деятельности; владеют современными методиками диагностики и лечения психических расстройств.

Сотрудники курса участвуют в региональных, общероссийских и международных конференциях, конгрессах и съездах. Курс активно сотрудничает с Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, Российским обществом психиатров, три сотрудника входят в правление Российского общества психиатров.

Для квалифицированного проведения учебного процесса, подготовки специалистов в рамках постдипломного и дополнительного образования по специальностям "Психиатрия", "Психиатрия-наркология" и "Психотерапия" курс располагает достаточной клинической базой, отвечающей требованиям государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. Учебными базами являются: Республиканская

психиатрическая больница, Республиканский наркологический диспансер, лечебно-диагностическое отделение (бывший Республиканский психотерапевтический центр). На всех базах созданы условия для проведения учебного процесса, имеются большие лекционные залы с проекционными экранами, учебные классы, кабинеты для преподавателей.

На курсе проводится обучение в интернатуре и ординатуре по психиатрии, первичная переподготовка по специальностям "Психиатрия-наркология" и "Психотерапия", сертификационные циклы последиplomной подготовки по специальностям "Психиатрия", "Психиатрия-наркология", "Психотерапия", а также ординатура по психиатрии. Специалисты курса также участвуют в подготовке врачей общей практики. В программу их обучения входят модули по семейной и медицинской психологии и психиатрии.

Нормативным актом, регулирующим прохождение интернатуры, является приказ Министерства здравоохранения СССР от 20 января 1982 г. № 44 "О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачей кадров в интернатуре".

Интернатура по психиатрии проводится по трем вариантам: клиническая интернатура, интернатура на базе лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), интернатура на рабочем месте для специалистов, имеющих стаж работы по специальности. Отбор кандидатов для прохождения интернатуры на бюджетной основе проводится специальной комиссией Минздравсоцразвития Чувашии. Прием в интернатуру и ординатуру осуществляется на основании договора между выпускником и ЛПУ, нуждающимся в специалисте. Часть специалистов со стажем практической работы, но не имеющие интернатуру по базовой специальности "Психиатрия", проходят интернатуру на хозяйственной основе.

На курсе разработана программа подготовки врачей-интернов, которая не только включает в себя существующие федеральные требования, но и значительно дополнена в соответствии с представлениями о разносторонней профессиональной подготовке специалистов. С первого дня обучения врач-интерны закрепляются за преподавателем, как правило, это один

из заместителей главного врача. Параллельно с изучением теоретических вопросов они приобретают клинические навыки, участвуя в лечебной работе стационарных и диспансерных отделений больницы. Еженедельно с интернами проводятся семинарские занятия. Также ежемесячно врачи-интерны принимают участие в клинических разборах, больничных конференциях, Днях психиатра, заседаниях Ассоциации психиатров ЧР, что помогает им получить разностороннюю теоретическую и практическую подготовку. В течение учебного года все врачи-интерны успевают пройти обучение практически по всем разделам психиатрии, включая судебную, пенитенциарную, социальную. Обучение вопросам наркологии проводится в Республиканском наркологическом диспансере. За время работы на этой базе интерны имеют возможность увидеть работу наркологического стационара, диспансера, ознакомиться с различными видами наркологических экспертиз и лабораторных исследований. Врачи-интерны проходят обучение на базе лечебно-диагностического отделения (бывший психотерапевтический центр), где их обучают азам психотерапевтического лечения, гипнотерапии, консультирования на телефоне доверия. За период обучения наряду с клинической психиатрией врачи-интерны изучают смежные дисциплины – неврологию, переливание крови и т.д.

Всего за 2003-2009 гг. интернатуру по психиатрии прошли 52 чел., из них 22 чел. (42,3 %) – по внебюджетной форме. Все специалисты после окончания интернатуры трудоустроены. В 2009-2010 гг. проходят интернатуру 7 чел., из них по внебюджетной форме – 4 чел. (57,1 %).

Клиническая ординатура является одной из форм профессионального образования врачей. Ее цель – подготовка высококвалифицированных специалистов для работы в учреждениях здравоохранения. Обучение в клинической ординатуре осуществляется с отрывом от основного места работы. Курс проводит обучение в клинической ординатуре по специальности "Психиатрия" Эта подготовка позволяет овладеть необходимыми для самостоятельной работы практическими навыками и получить теоретические знания в соответствующих медицинских специальностях. Всего за 2003-2009 гг. прошли обучение в клиниче-

ской ординатуре 3 чел., из них 2 – иногородние (из Владимирской областной психиатрической больницы).

Последипломное образование в виде повышения квалификации (усовершенствование) – это обновление теоретических и практических знаний по уже приобретённой специальности. Постановлением Правительства РФ № 610 от 26.06.95 "Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного образования (повышения квалификации) специалистов" установлено, что последипломное образование в виде повышения квалификации проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет. Циклы повышения квалификации с выдачей сертификатов на курсе психиатрии проводятся регулярно.

Всего за 2003-2009 гг. проведено сертификационных циклов: по психиатрии – 6, по наркологии – 5, психотерапии – 1, по медицинской психологии – 1, судебно-психиатрической экспертизе – 1. Обучено на сертификационных циклах: по психиатрии – 146 чел. по наркологии – 109 чел., психотерапии – 27 чел., медицинской психологии – 22 чел., судебной психиатрии – 15 чел. Всего 319 чел.

Профессиональная переподготовка специалистов является ещё одним видом медицинского последипломного образования и проводится на основании установленных квалификационных требований к конкретным профессиям. Нормативный срок прохождения профессиональной переподготовки – более 500 часов. По итогам обучения сдаётся государственный итоговый экзамен и вручается диплом о профессиональной переподготовке, который удостоверяет право (соответствие квалификации) специалиста на ведение профессиональной деятельности в определённой сфере. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2009 г. №210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ" после обучения в вузе по специальности "Лечебное дело" требуется пройти интернатуру по основной специальности "Психиатрия". Специальностями, требующими дополнительной подготовки

(профессиональная переподготовка), являются: "Медико-социальная экспертиза", "Психиатрия-наркология", "Психотерапия", "Судебно-психиатрическая экспертиза", "Сексология".

На курсе психиатрии организовано проведение циклов профессиональной переподготовки по специальностям "Психиатрия-наркология" и "Психотерапия". За эти годы по психиатрии-наркологии проведено 3 цикла, дипломы о профессиональной переподготовке получили 40 чел., по психотерапии – 2 цикла, дипломы получили 27 чел.

Для повышения эффективности усвоения курсантами учебного материала на курсе по всем специальностям созданы учебные программы, включающие перечень лекций, темы практических и семинарских занятий, вопросы программированного контроля и экзаменов. Во время практических занятий преподаватели проводят клинические разборы, курсанты во время обучения курируют больных с различными психическими и наркологическими расстройствами, осваивают современные методы диагностики и лечения психических заболеваний, пишут истории болезни и курсовые работы.

Знания курсантов контролируются при письменном, тестовом или устном опросе. Качество преподавания оценивается сотрудниками учебной части ГОУ "Институт усовершенствования врачей" путем анонимных опросов.

Порядок и правила профессиональной переподготовки и повышения квалификации (совершенствования профессиональных знаний) медицинских и фармацевтических работников, окончивших образовательные учреждения высшего профессионального образования по специальностям группы "Здравоохранение" и занимающихся или претендующих на занятие медицинской или фармацевтической деятельностью определен приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 г. №705н "Об утверждении порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников". Профессиональная переподготовка и повышение квалификации специалистов осуществляется в целях получения дополнительных знаний, умений и практических навыков, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности. Всего за время

работы курса по всем формам обучения подготовлено 386 чел. Из них городских – 83,7 %, сельских – 16,3 %.

В настоящее время в системе здравоохранения занято: врачей-психиатров – 122, врачей психиатров-наркологов – 54, врачей-психотерапевтов – 27, специалистов по социальной работе – 5 чел.

За время функционирования курса в республике существенно увеличился процент сертифицированных врачей психиатрического профиля. Так, если в 2003 г. лишь 49,9 % врачей-психиатров имели сертификат специалиста, то к концу 2008 г. – 99,1 %; врачи психиатры-наркологи 29,2 и 89,9 % соответственно; врачи-психотерапевты – 58,6 и 98,5 % соответственно.

Сотрудники курса активно занимаются и научной работой. Разрабатываются следующие научные направления: исследование этнокультуральных особенностей распространения суицидов; суицидальных попыток; умственной отсталости; выявление причин поздней диагностики психических расстройств в Чувашской Республике.

По результатам исследований опубликовано более 300 научных статей, часть из них опубликована в центральных изданиях. Подготовлено 4 учебных пособия, 8 методических указаний, 4 монографии, 6 статистических сборников. В плане работы курса на 2009-2010 гг. выпуск методических указаний по правовым вопросам в психиатрии и по профилактике суицидов.

Перспективными планами работы курса на ближайшее время являются:

- получение лицензий на образовательную деятельность по специальности "Сестринское дело в психиатрии", "Медицинская психология" и проведение по ним циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки;
- организация тематических циклов повышения квалификации по основным нозологическим группам психических расстройств;
- дальнейшее проведение научных исследований распространенности психических расстройств в регионе.

А.Б. Козлов

50 ЛЕТ ПРОФЕССОРУ А.В. ГОЛЕНКОВУ



Андрей Васильевич Голенков родился 28 января 1960 г. в г. Находка Приморского края. После окончания в 1983 г. лечебного факультета Астраханского государственного института им. А.В. Луначарского учился в очной аспирантуре Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, по завершении которой в 1991 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему "Клинико-терапевтическое исследование шизофренического дефекта в связи с задачами реабилитации". В

1998 г. в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского А.В. Голенков защитил докторскую диссертацию "Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект)". С 1992 г. работает в Чувашском государственном университете имени И.Н. Ульянова, с 1999 г. – заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, которая проводит обучение студентов медицинских, психологических и юридических специальностей, с 2001 г. – профессор.

В сфере научных интересов проф. А.В. Голенкова: эпидемиологические исследования в психиатрии и наркологии; оптимизация преподавания психиатрии в медицинском вузе; сестринское дело в психиатрии. Он является одним из зачинателей научного изучения в России сестринского процесса в психиатрии.

Проф. А.В. Голенковым подготовлены семь кандидатов медицинских наук. Ряд диссертаций под его руководством выполнен на стыке психиатрии с другими медицинскими науками (неврологией, акушерством и гинекологией). Проф. А.В. Голенков является автором более 460 научных публикаций, в числе

которых пять монографий, 120 статей в отечественных и зарубежных ("Biologic Psychiatry", "Neuroscience and Behavioral Psychiatry", "European Journal of Psychiatry") журналах, 70 учебно-методических работ для врачей и студентов. Широта научного кругозора и глубина профессионального опыта позволяет А.В. Голенкову активно участвовать в работе периодических научных изданий. Так, он является заместителем главного редактора журналов "Здравоохранение Чувашии", "Вестник психиатрии и психологии Чувашии", членом редакционных коллегий и советов журналов "Медицинская сестра", "Сестринское дело", "Медицинская психологии в России", "Вестник Чувашского государственного университета".

С начала 1990-х годов по инициативе и при активном участии А.В. Голенкова в Чувашии регулярно проводятся научно-практические конференции по актуальным проблемам психического здоровья, а также съезды психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашии (1995, 2000, 2005). Он – научный редактор более чем 20 сборников научных трудов. За многолетний добросовестный труд в области охраны здоровья населения А.В. Голенкову присвоено звание заслуженного врача Чувашской Республики.

Андрей Васильевич любезно согласился ответить на вопросы нашего редактора. Ниже приводится запись беседы.

– Андрей Васильевич, в чем, на Ваш взгляд, состоит особенность психиатрии в кругу других медицинских специальностей?

– Психиатрия самая человеческая из всех медицинских дисциплин. Не случайно, что в недалеком прошлом и настоящем медицину все больше сравнивают с ветеринарией. И это не случайно. В практику внедряется все больше аппаратуры, с помощью которой можно проникнуть в любой орган человека. Но психика (душа) не подвластна этому аппаратному проникновению. Психиатрия, пожалуй, единственная в медицине, сохранившая в неизменном виде беседу, наблюдение и эксперимент. Другие дисциплины отдаляются от больного человека.

– Каково Ваше отношение как клинициста и ученого к отечественной психиатрической классификации, МКБ-10 и разрабатываемой сейчас МКБ-11?

– Переход на МКБ-10 – это шаг назад, отход от отечественных традиций, потеря самобытности и расположение в хвосте мировой психиатрии. Нам обещали, что МКБ-10 будет статистическим дополнением и не более того. Сейчас это основная книга в нашей медицине и психиатрии, закреплённая законодательно. МКБ-11 будет немного лучше, чем МКБ-10, но и она полна многочисленных недостатков. Рано или поздно нам придется создавать свою отечественную классификацию, но чем больше времени это займет, тем более несовершенной она будет.

– **Какие позитивные моменты в развитии психиатрии в Чувашии в последние годы Вы можете выделить? Чему, по-вашему, уделяется недостаточно внимания?**

– Психиатрия Чувашии сделала рывок в науке за последние 15 лет, хотя уровень исследований можно и нужно значительно повысить. Имеется разрыв между научными находками и практикой, научная школа только формируется, мало молодежи поддерживает эти начинания, поэтому есть ощущение неуверенности в завтрашнем дне психиатрической науки республики. Мое видение будущего науки отражено в ряде публикаций, в том числе и в первом выпуске "Вестника психиатрии и психологии Чувашии", где излагаются приоритетные направления настоящих и будущих исследований.

– **Вы неоднократно бывали за рубежом, общаетесь с коллегами-психиатрами по всему миру. В чем Вы видите плюсы и минусы отечественной психиатрической службы и науки? В чем наши преимущества, если они есть?**

– В сохранении человеческих отношений, искренности, душевных порывов. В этом и наши преимущества. Не хватает материальных и информационных ресурсов, поддержки и востребованности науки и психиатрической службы в целом. Профессиональные ассоциации пока очень слабы и не выполняют той роли, которую должны выполнять.

– **Как вы оцениваете роль психиатрии в жизни современного российского общества? Всегда ли власть слышит специалистов?**

– На мой взгляд, психиатрия занимает скромное место в жизни нашей страны. Попытки повысить ее статус мало что принесли. Сохраняется остаточный принцип финансирования

психиатрии, научные исследования мало востребованы, грантов по данному направлению практически нет. Ситуация в стране довольно сложная, очевидно, есть более важные направления для работы системы здравоохранения, и это очень обидно. Решение данного вопроса лежит не только в экономической плоскости, но и в области психологии. Будем надеяться на перемены к лучшему и что мы доживем до этих времен.

– Результаты Вашей научной деятельности довольно обширны. А что входит в круг Ваших интересов и любимых занятий помимо психиатрии?

– Я занимаюсь любимым делом, которое включает все мои интересы и любимые занятия. Преподавание студентам, кроме психиатрии и других дисциплин, общение с молодежью позволяет учиться и учить, самореализовываться и находить новые интересы в жизни.

– Существует множество психологических теорий личности: от психоаналитической до гуманистической. Какие представления о человеческой сущности Вам ближе?

– Истина лежит где-то посередине и мне кажется, что интегративные представления о человеке мне ближе всего. Не буду отдавать пальму первенства какой-нибудь одной психологической теории.

– Как Вам самому удается справляться с все нарастающим темпом жизни, потоком дел и необходимостей? Хватает ли Вам времени на все? Как Вы предпочитаете снимать напряжение и преодолевать стресс?

– Наверное, в определении приоритетов и самого важного, это позволяет сделать самое главное и необходимое, не разбрасываться по мелочам. На то, что я планирую, времени всегда хватает. Так как работа является для меня любимым делом, она снимает напряжение и стресс, только надо немного переключиться на какие-то другие аспекты своих интересов, внести что-то новое и интересное в данный момент, получить от этого занятия удовлетворение.

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Алѣхин А.Н. Медико-психологические основания интеграции психотерапевтической практики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 8-12.

В современной психотерапии стремление к теоретической интеграции сочетается с фактическим умножением ее форм и углубляющейся дивергенцией ее направлений, которая усиливается развитием практики неврачебной психологической помощи, не имеющей адекватных научных оснований. Ее оформление и институализация требуют обращения к вопросу о научных основаниях психологического вмешательства. Эти научные основания, а также основания для теоретической интеграции психотерапии могут быть найдены лишь в медицинской психологии, сохранившей тесные связи с клинической практикой и сумевшей в рамках естественнонаучной парадигмы сформулировать теоретические концепты, необходимые для целостного описания и анализа поведения человека.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая помощь, медицинская психология, интеграция психотерапии.

Жигарева Н.П., Мишин А.В. Терапевтические инновации в медико-профилактической сфере реабилитационного пространства интерната // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 13-22.

В статье освещаются современные техники медикаментозной терапии пациентов с различными формами шизофрении и с выраженными нарушениями когнитивно-мнестических функций находящихся в психоневрологическом интернате. Обсуждаются результаты активного применения в практике современных лекарственных препаратов с модифицированным типом действия. Комплексная, дифференцированная психофармакотерапии рассматривается как составляющая биопсихосоциального воздействия реабилитационного пространства интерната.

Ключевые слова: психоневрологический интернат, психофармакотерапия, реабилитационное пространство, инновационный подход.

Марьянович С., Перуничч И., Тодорович Д. Копинг-стратегии и гендерные различия у детей // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 23-36.

Целью данной работы является изучение гендерных особенностей использования детьми копинг-стратегий. Выборка была представлена 240 детьми среднего школьного возраста, которые заполняли "Детский опросник копинг-стратегий" CCSC (Ayers, Sandler, West, Roos, 1996). При помощи факторного анализа были получены четыре значимых фактора: активный копинг, избегающие стратегии, стратегии поиска поддержки и стратегии отвлечения. С помощью канонического дискриминантного анализа было выявлено, что мальчики больше обращаются к стратегиям отвлечения, в то время как девочки чаще используют стратегии поиска поддержки, избегающие стратегии и активный копинг.

Ключевые слова: копинг-стратегии, дети, гендерные различия, опросник CCSC, дискриминантный анализ.

Голенков А.В., Андреева А.П. Психологическая склонность студентов-медиков к алкоголизации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 37-45.

Из 175 обследованных студентов алкоголь употребляли 78 % (84 % юношей и 76 % девушек). Положительно относились к алкоголю 67,8-69,8 % опрошенных, отрицательно – 13,2-21,3 %. Ожидаемыми эффектами от употребления алкоголя чаще всего были: повышение общительности, улучшение настроения, обострение восприятия (положительные), когнитивное и поведенческое угнетение, отвращение (отрицательные). В группе риска по развитию алкогольной зависимости оказались 7,4 % студентов. Достоверно чаще там оказывались юноши, те, кто делал это раньше, респонденты, отдающие предпочтение крепким алкогольным напиткам. "Наигранная храбрость", "Риск и агрессия" от ожидаемого действия спиртного оказались предикторами злоупотребления алкоголем у студентов-медиков.

Ключевые слова: студенты, отношение к алкоголю, алкогольная зависимость, предикторы злоупотребления.

Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю. Интернет-консультирование при немедицинском потреблении психоактивных веществ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 46-59.

В статье рассматриваются результаты анализа деятельности по интернет-консультированию лиц, имеющих проблемы с употреблением наркотических средств и психотропных веществ, за определенный временной интервал. Изучалась структура информационных запросов

пользователей сервиса. Она позволяет увидеть у них некоторые ранее скрытые тенденции, отражающие социальное поведение, отдельные психологические особенности и даже определенные медицинские факты, касающиеся наркологических заболеваний.

Ключевые слова: интернет-консультирование, потребление наркотиков, информационный запрос, профилактика, скрытые тенденции.

Тодорович Д., Перуничич И., Марьянович С. Социально-психологические последствия употребления марихуаны старшими школьниками // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 60-68.

Целью данной работы было изучение взаимосвязи между употреблением марихуаны и антисоциальным поведением и школьной успеваемостью. За показатели антисоциального поведения были приняты: наказания за ненадлежащее поведение, склонность к дракам и серьезные противоправные действия. Выборка состояла из 296 старших школьников. Получены следующие результаты: 1) 17,1 % опрошенных употребляют марихуану; 2) существует статистически значимая положительная корреляция между употреблением марихуаны и наказаниями за ненадлежащее поведение в школе, склонностью к дракам, серьезными противоправными действиями; 3) существует статистически значимая отрицательная корреляция с их успеваемостью; 4) юноши употребляют марихуану чаще, чем девушки.

Ключевые слова: марихуана, употребление марихуаны, школьники, антисоциальное поведение, успеваемость.

Борохов А.Д., Борохов Д.З. Психосемантическое значение татуировки у больных с расстройствами шизофренического спектра // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 69-86.

Предметом исследования стала изобразительная и смысловая интерпретация 1576 татуировок, выявленных у 412 больных с психическими расстройствами. Выделена гомогенная группа из 48 мужчин в возрасте от 18 до 43 лет, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Психопатологические татуировки были алогичны, практически непонятны окружающим, имели мистическую направленность и являлись отражением бредовых проявлений. Сочетание таких признаков, как мистико-магический контекст татуировки, дискордантность между выбором сюжета и локализацией, а также крупный раз-

мер изображения, заставляют заподозрить расстройство мышления. Таким образом, нанесение татуировки отражает душевное состояние ее носителя и может использоваться в качестве дополнительного диагностического признака.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, татуировка, расстройство мышления.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Дискурс и психическое здоровье личности // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 87-126.

Понятие дискурса было первоначально связано исключительно с областью лингвистики. Сегодня оно является предметом междисциплинарных исследований. Взаимоотношения между существующими подходами к определению понятия "дискурс", где ему придается смысл не понятия контекста, а самостоятельного философского конструкта, могут быть представлены в виде конструкта, где выделены лингвистическая, коммуникативная, интенционная, идеолого-политическая и культурная модальности. Понимание дискурса в структуре развития личности в специфической исторической и культурной среде, в которой максимально актуализированы взаимосвязи ближайшего контекста, лингвистическое и социальное конструирование реальности и личности как системы отношений, выводит научные исследования психического здоровья на новый уровень.

Ключевые слова: дискурс, лингвистика, психология, психотерапия, идентичность, личность, психическое здоровье.

Голенков А.В. Обзор учебных и научно-методических публикаций в области психического здоровья в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 127-130.

Статья продолжает серию работ по наукометрическим показателям публикаций в области психического здоровья в республике. Подводятся итоги публикаций и ставятся задачи на будущее.

Ключевые слова: конференции, научные публикации, статьи, диссертации, монографии, Чувашия.

Новые диссертационные работы по проблемам психического здоровья, выполненные в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 131.

Приведен подробный список диссертационных исследований по психиатрии, медицинской и социальной психологии, выполненных в Чувашии в период 2006-2010 гг.

Голенков А.В., Сафронов С.А. Отношение жителей Алатырского района к психически больным и психиатрии Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 132-138.

В репрезентативной выборке 630 жителей Алатырского района Чувашии изучалось отношение к психиатрии. 72,7 % опрошенных считали психически больных агрессивными, не обладающими способностями – 67,3, не вносящими существенный вклад в общество – 83, почувствовали бы себя неловко в их присутствии – 68,9, не захотели бы познакомиться с ними – 83,3%. По мнению респондентов, психические расстройства (ПР) отличаются от других заболеваний (55,9%) и неизлечимы (56,8%). Психиатрические больницы помогают в лечении ПР (73,7%), но ненамного лучше, чем тюрьмы (55,6%). Образ психиатра, напротив, оказался в целом положительным, как и безопасность современных методов лечения ПР. Ответы достоверно зависели от пола, возраста, места жительства и уровня образования респондентов.

Ключевые слова: население, Чувашия, отношение к психически больным, психиатрическая грамотность.

Юрьева Л.Н. Этиология и патогенез шизофрении: лекция // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 139-153.

Рассматривается роль генетических, биологических, психосоциальных, экологических, социокультурных и эволюционных теорий шизофрении, а также этиопатогенетически взаимосвязанных с ними стратегий профилактики и терапии.

Ключевые слова: шизофрения, этиология, патогенез, профилактика, терапия.

Завьялова (Кларк) Е. История Британского психологического общества // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 154-157.

В статье представлена история образования и этапы развития Британского психологического общества. Описана его структура, цели и задачи, сферы деятельности. Обсуждается вклад Британского психо-

логического общества в развитие различных отраслей практической психологии на национальном уровне.

Ключевые слова: Британское психологическое общество, психологи, психология.

Козлов А.Б. Опыт работы курса психиатрии Института усовершенствования врачей Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 158-163.

Рассматривается пятилетний опыт последипломной подготовки специалистов в области психиатрии, наркологии и психотерапии, проводимой на курсе психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Института усовершенствования врачей Чувашии, характеризуется его кадровый состав, определяются задачи на будущее.

Ключевые слова: последипломное образование, психиатрия, наркология, психотерапия, интернатура, ординатура, Чувашия.

Пятьдесят лет профессору А.В. Голенкову // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 164-167.

В ознаменование 50-летия доктора медицинских наук профессора А.В. Голенкова, заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского госуниверситета, приводится краткая информация о его профессиональном пути, а также содержится интервью с ним по актуальным вопросам современной психиатрии и ее роли в жизни общества.

Ключевые слова: профессор, кафедра, Чувашский университет, психиатрия, сестринский процесс, МКБ-11, наука.

ÇАК НОМЕР РЕФЕРАЧЁСЕМ

Алѣхин А.Н. Психотерапи практикине пѣрлештерес сѣрти медицинапа психологи сѣлтавѣсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чѣваш хыпарси]. 2010. № 6. С. 8-12.

Паянхи психотерапинче теори интеграцийѣ патне туртѣнасси – психотерапи формисене пѣрпѣтѣмѣшле пѣрлештернипе тата унѣн сулѣмѣсен тарѣнлансах пыракан дивергенцийѣпе килѣшсе-сѣураçса тѣрать. Дивергенци вѣл – адекватлѣ ѣслѣлѣх никѣсѣсемсѣр, тухтѣр хутшѣнѣвѣсѣр пулса иртекен психологи пулѣшѣвне пула пушшех вѣйланать. Çакѣ пѣтѣмпех психологи хутшѣнѣвѣн ѣслѣлѣх никѣсѣ кирли пирки ѣйту чѣртсе тѣратать. ѣслѣлѣхѣн çак сѣлтавѣсем, сѣвѣн пекех психотерапин теори интеграци сѣлтавѣсем медицина психологийѣнче кѣна тупѣнма пултараççѣ. Асѣннѣ медицина психологийѣ паян кунччене клиника практикипе тачѣ сѣхѣну упраса хѣварнѣ, унсѣр пуçне – сѣynnѣн пѣрпѣтѣмѣшле тыткаларѣшне сѣурса кѣтартма тата тѣпчеме кирлѣ теори концепчѣсене ѣслѣлѣх парадигма тѣлѣшѣнчен ѣѣркелеме пултарнѣ.

Тѣп сѣмахсем: психотерапи, психологи пулѣшѣвѣ, медицина психологийѣ, психотерапи интеграцийѣ.

Жигарева Н.П., Мишин А.В. Интернат реабилитаци талккѣшѣнчи медицинапа профилактика сферинчи терапи инновацийѣсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чѣваш хыпарси]. 2010. № 6. С. 13-22.

Ку статьяра шизофренин тѣрлѣ формисемпе чирлекен тата когнитивместика функцийѣ пѣсѣлнѣ пациентсене (вѣсем психоневрологи интернатѣнче пурѣнаççѣ) терапин паянхи техникисемпе еплерех сѣватни пирки каласа панѣ. Модифици вѣтѣмлѣ хальхи эмельсене практикѣра анлѣ усѣ курнин пѣтѣмлетѣвѣсене те сѣтсе явнѣ. Комплекслѣ, дифференциленѣ психофармакотерапине – интернатѣн реабилитаци талккѣшѣ сѣне биопсихосоциалла вѣтѣм кѣнин уйрѣлми пайѣ пек пѣхнѣ.

Тѣп сѣмахсем: психоневрологи интернатчѣ, психофармакотерапи, реабилитаци талккѣшѣ, инноваци меслечѣ.

Марьянович С., Перуничч И., Тодорович Д. Копинг-стратегие ачасен гендер уйрәмләхәсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2010. № 6. С. 23-36.

Çак ёён төллевё: ачасем копинг-стратегисене усă курна чухне вёсен гендер уйрәмләчёсене төпчесси. Тёпчев ирттерме ватам школ суленчи 240 ачана суylаса илнё пулнă. Вёсем «Children's Coping Strategies Checklist» CCSC (Ayers, Sandler, West, Roos, 1996) ятлă ыйтуллă хута сырса тултарнă. Фактор төпчевён меслечёпе таватă пёлтерёшлё фактор тупса палăртнă: активлă копинг, стратегирен таракансем, төрев шыранин стратегийё тата тимлёх çуккин стратегийё. Малалла çакă паллă пулнă – хёр ачасем ытларах төрев шыранин стратегине, стратегирен тарассине тата активлă копинга кăмăласçё пулсан, арсын ачасем тимлёх çуккин стратегийё патне туртăнарах парасçё.

Тёп сăмахсем: копинг-стратеги, гендер уйрәмләхёсем, CCSC ыйтуллă хут, фактор тишкерёвё.

Голенков А.В., Андреева А.П. Медик студентсен алкоголь енне туртăнас психологи туртăмё пурри // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2010. № 6. С. 37-45.

175 студента төрёслесе пăхнă хыççан 78% (каччăсенчен – 84%, хёрсенчен – 76%) эрех-сăра ёрни палăрнă. Бйтса пёлнисенчен 67,8-69% алкоголь япăх япала мар тесе шутлать иккен, 13,2-21,3% сёç ку въл сиенлё тесе шутлать. Эрех-сăра ёснё хыççан йăлана кёнё эффектсемех палăрнă: сынсемпе хутшăнасси Ёсни, кăмăл-туйам лайăхланни, сисёмлёх вичкёнленни (килёшекен енсем), когнитив тата тыткаларăш пусăранчăклăхё, йёрёнүлёх туйăмё (килёшмен енсем). 7,4% студент алкоголь серепине лекес хăрушлăхра-мён. Пуринчен ытла çак ушкăна каччăсем, унччен хаяр эрех-сăра ёсекен респондентсем кёреççё. Ёсёрёлсессён кăмăл-туйăмра «шутласа кăларнă хăюлăх», «теветкеллёхпе агресси» вăранни медик студентсем алкогольпе мёншён айкашнине аялантарать.

Тёп сăмахсем: студентсем, алкоголь сине мёнле куçпа пăхни, алкоголье пăханса тăни, ёске ернин сълтавёсем.

Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю. Тухтър сырса паман психоактивлă япаласемпе айкашакансене интернет-консультаци пани // Вестник психиатрии и психологии

Чуваши [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2010. № 6. С. 46-59.

Ку статьяра – тёрлѣ психотроплă япаласемпе тата наркотиксемпе хайне май вăхăт хушши айкашакан ҫынсене интернет-консультаци панин результатёсене пăхса тухнă. Сервиспа усă куракансен информаци ыйтăвѣн тытăмне тѣпченѣ. Ҫакă вăл чирлисен унччен асăрхаман, вѣсен социалла тыткаларăшне уҫса паракан вăрттăн туртăмёсене курма май парать. Ҫавăн пекех, кун пек чухне наркологи чирёсен психологи уйрăмлăхёсене, унтан та ытла – медицина уйрăм факчёсене асăрхама пулăшать.

Тѣп сăмахсем: интернет-консультаци, наркотиксемпе айкашни, информаци ыйтăвѣ, профилактика, вăрттăн туртăмсем.

Тодорович Д., Перуничич И., Марьянович С. Аслă классенчи школ ачисем марихуана усă курнă хыҫҫăнхи социаллă психологилле хыҫсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2010. № 6. С. 60-68.

Ҫак ёҫѣн тёллевѣ – ачасем марихуана усă курнипеле вёсем хайсене киревсёр тыткалани, вёренўре ёлкёрсе пыни хушшинчи ҫыхăнăва тѣпчессичѣ. Ҫынсем хушшинче киревсёр тыткалани шутне ҫаксене кёртнѣ: харпър хайне тытма пёлменнишѣн айăпли, ҫапăҫас-хирёсес ене туртăнни тата правăна пăсни. Тѣпчев ирттерме аслă классенче вёренекен 296 школ ачине суйласа илнѣ. Вара ҫакăнашкал результатсем пулнă: 1) ыйтса пёлнисенчен 17,1% марихуана усă кураҫҫѣ; 2) марихуана усă курнипе школта харпър хайне тытма пёлменни, ҫапăҫас-хирёсес ене туртăнни, правăна пăсни хушшинче статистика тёлшѣнчен куҫа курăнмаллах пысăк ҫыхăну пур; 3) вёсем марихуана усă курнипе вёренўре ёлкёрсе пырасси хушшинче ҫыхăну ытла пысăках мар; 4) каччăсем, хёрсемпе танлаштарсассăн, марихуанăна ытларах усă кураҫҫѣ.

Тѣп сăмахсем: марихуана, марихуана усă курни, школ ачисем, вёренўре ёлкёрсе пыраслăх, ҫын хушшинче харпър хайне тытма пёлменни.

Борохов А.Д., Борохов Д.З. Шизофрени спектрѣнчи улшăну-семпе чирлекен ҫынсен татуировкисен психосемантика пёлтерёшѣ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2010. № 6. С. 69-86.

Психика улшăнăвĕсемлĕ 412 чирлĕ çынăнне 1576 татуировка тупса палăртнă. Çак татуировкăсенче мĕн ўкернине, вĕсен вăрттăн пĕлтĕрĕшне ăнлантарса пани – тĕпчев предметĕ пулнă та. Шизофрени спектрĕнчи улшăнусемпе асапланакан 48 арçынтан (вĕсем 18 султан пуçласа 43 сулхсем пулнă) гомоген ушкăнне йĕркеленĕ. Психопатологи татуировкисем нимĕнле шухăш йĕрĕсĕр, çынсене ăнланмалла мар, мистика сĕмлĕ пулнă. Çаксем вĕсем ăс-тăн арпашăннин палăрамĕсем. Мистика-маги контекстĕнчи татуировкăсем, сюжет суйласа илессипе ăна пĕр çаврана килĕшÛллĕн ырнаçтарма пултарайманни, ытла пысăк ўкерчĕксем – çыннăн ăс-тăн арпашăнни пирки шутлама сăлтав параççĕ. Çапла вара, татуировкăсем туни этемĕн шалти тăрамне уçса парать, диагноз лартнă чухне хушма паллă пек те усă курма пулать ăна.

Тĕп сăмахсем: шизофрени спектрĕнчи улшăнусем, татуировка, ăс-тăн арпашăнни.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Этемĕн психика сывлăхĕ тата дискурс: хальхи ăнланни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2010. № 6. С. 87-126.

Дискурс ăнлав малтанласа лингвистикапа кăна çыхăннă пулнă. Паянхи кун вăл дисциплинăсем хушшинчи предмет пулса тăрать. Çапла, «дискурса» халĕ «контекст» ăнлавпа мар, философин уйрăм конструкчĕ пек йышăнаççĕ. Вăл конструктра – лингвистика, хутшăну, интенци, идеологие политика тата культура модальноçĕсене уйăраççĕ. Çын мĕнле истори, культура условийĕсенче ўссе аталаннине ăнланса илни, чăнлăхпа этеме хутшăнусен системи пек курни, ăна лингвистикалла тата социалла конструкцилени – психика сывлăхне ăслăлăх енчен тĕпчессине çенĕ шая кăларать.

Тĕп сăмахсем: дискурс, лингвистика, психологи, психотерапии, пĕрпеклĕх, этем, психика сывлăхĕ.

Голенков А.В. Психика сывлăхĕ пирки пичетленĕ вĕрентÛ, ăслăлăхпа методика публикацийĕсене тишкерни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2010. № 6. С. 127-130.

Республикари психологи ăслăлăхĕнчи ăслăлăхпа метрика кăтартавĕсем çинчен сырнă ёçсен ярамне малалла тăсать ку статья. Пичетленĕ ёçсене пĕтĕмлетнĕ тата пуласлăх задачисене палăртнă.

Тĕп сăмахсем: конференцисем, ăслăлăх публикацийĕсем, статья, диссертаци, монографи, Чăвашьен.

Чăвашьенре психика сывлăхĕн проблемисем çинчен çырна çĕнĕ диссертаци еçесем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2010. № 6. С. 131.

Чăвашьенре 1996-2010 çç. психиатрипе, медицинапа тата социалла психологипе çырна диссертаци тĕпчевĕсен тулли списокне илсе панă..

Голенков А.В., Сафронов С.А. Улатăр районĕнче пурăнакансем психика енчен чирлĕ çынсене тата психиатрие епле йышăнни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2010. № 6. С. 132-138.

Чăвашьенри Улатăр районĕнче 630 çынран вĕсем психиатрие еплерех йышăнни пирки ыйтса пĕлнĕ. Вĕсенчен 72,7% психика енчен чирлĕ çынсене вăрçма-çапăçма юратаççĕ тесе шутлаççĕ, 67,3% – унашкал çынсен пĕр пултарула та çук теççĕ, 83,0% – вĕсем обществана нимĕнле усă та кĕмеççĕ теççĕ. Ыйтса пĕлнисенчен 68,9% кунашкал чирлĕ çынсем умĕнче хайсене аван мар туйна пулĕччĕ тесе шутлаççĕ, 83,3% – вĕсемпе палашма пачах та кăмăл тумасçĕ. Респондентсен шучĕпе психика улшăнавĕсем ытти чирсенчен уйрăлса тăрасçĕ (55,9%) тата вĕсене сыватма та çук (56,8%). Психика улшăнавĕсене сиплемелли паянхи меслетсем вара сиенсĕр тесе шутлаççĕ, психиатр сăнарĕ те ыйтса пĕлекенсемшĕн ытларах лайăх енчен курăнать. Хуравсем епле пуласси респондентсем хĕрарăм е арçын пулнинчен, вĕсем миçе çулта пулнинчен, аçта суралнинчен тата вĕренÿ шайĕнчен нумай килнĕ.

Тĕп сăмахсем: халăх, Чăвашьен, психика енчен чирлĕ çынсене епле йышăнни, психиатри пĕлÿлĕхĕ.

Юрьева Л.Н. Шизофрени этиологийĕ тата патогенезĕ: лекци // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2010. № 6. С. 139-153.

Шизофренин генетика, биологи, психосоциалла, экологи, социокультура тата эволюци теорийĕсен вырăнне пăхса тухнă. Çавăн пекех вĕсемпе этиопатогенетикалла сыхăннă профилактикапа терапи стратегийĕсене те хакланă.

Тĕп сăмахсем: шизофрени, этиологии, патогенез, профилактика, терапи.

Завьялова (Кларк) Е. Британи психологи обществен историйё // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2010. № 6. С. 154-157.

Статьяра Британи психологи обществи епле пулса кайни пирки каласа панă, унăн аталану тапхăрĕсене сÿтатнă. Унсăр пуçне, çак обществăн тытăмĕ, тĕллевĕсемпе задачисем, ёç-пуç сфери çинчен сырса кăтартнă. Практика психологийĕн тĕрлĕ отраслĕсем наци шайĕнче аталанас çĕрте Британи психологи обществен тÿпи мĕн тери пысăк пулнине сÿтсе явнă.

Тĕп сăмахсем: Британи психологи обществи, психологсем, психологи.

Козлов А.Б. Чăвашьенри тухтăрсен шайне ўстермелли Институтри психиатри курсĕн ёç опычĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2010. № 6. С. 158-163.

Специалистсем диплом хÿтĕленĕ хыççан тухтăрсен шайне ўстермелли Институтра – психиатри, наркологи, психотерапи тата медицина психологийĕн курсĕнче – психиатри наркологи, психотерапи тĕлĕшĕпе пиллĕк çул хушши мĕнле опыт пухнине пăхса тухнă. Кадр тытăмне хакланă, пуласлăх задачисене палăртнă.

Тĕп сăмахсем: диплом хыççанхи вĕренÿ, психиатри, наркологи, психотерапи, интернатура, ординатура, Чăвашьен.

А.В. Голенков профессор 50 çул тултарать // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2010. № 6. С. 164-167.

Чăваш патшалăх университетĕнчи психиатрипе медицина психологи кафедрин пуçлăхĕ А.В.Голенков 50 çул тултарнă май унăн пултарулăх çул-йĕрĕ çинчен кĕске информаци панă. Çавăн пекех, профессортан илнĕ интервью та пур: паянхи психиатрин обществăри вырăнĕ, унăн актуаллă ыйтăвĕсем пирки вăл мĕн шутлани уççан курăнать унта.

Тĕп сăмахсем: профессор, кафедра, Чăваш патшалăх университетĕ, психиатри, сестра процесĕ, МКБ-11, аслăлăх.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Alekhin A.N. Medical and psychological basis for psychotherapy practice integration // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 8-12.

The trend to theoretical integration in present-day psychotherapy is combined with actual multiplication of its forms and deepening of its directions. This tendency is amplified by the development of practice of non-medical psychological help that does not have appropriate scientific bases. Its institutionalization needs reference to a question on the scientific bases of psychological intervention. These scientific bases for theoretical integration of psychotherapy can be found only in medical psychology which has kept close connections with clinical practice and has managed within the limits of its natural-scientific paradigm to define the theoretical concepts necessary for integral analysis and characterization of human behaviour.

Key words: psychotherapy, psychological service, medical psychology, psychotherapy integration.

Zhigareva N.P., Mishin A.V. Therapeutic innovations in medical and preventive sphere of the rehabilitation space in psychoneurological nursing home // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 13-22.

Present-day techniques of pharmacotherapy for patients with various forms of schizophrenia and severe forms of cognitive and amnesic dysfunctions in conditions of psychoneurological nursing home are described. Clinical results of active use of modern medicines with modified action type are discussed. Combined differentiated psychopharmacotherapy is considered to be a component of biopsychosocial influence in nursing home's rehabilitation space.

Key words: psychoneurological nursing home, psychopharmacotherapy, rehabilitation space, innovation approach.

Marjanovic S., Perunicic I., Todorovic D. Coping strategies and gender differences in children // “Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii” [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 23-36.

The aim of this study was to investigate gender differences in the use of coping strategies in children. The sample consisted of 240 children of primary school. They were administrated Children's Coping Strategies Checklist (CCSC, Ayers, Sandler, West, & Roos, 1996). By factor analysis we extracted 4 factors of coping strategies: Active Coping, Avoidance Strategies, Support Seeking Strategies and Distraction Strategies. Using Canonical Discriminatory Function we have found that girls generally use more Support Seeking Strategies, Avoidant Strategies and Active Coping, while boys use more Distraction Strategies.

Key words: coping strategies, children, gender differences, CCSC, factor analysis.

Golenkov A.V., Andreeva A.P. Medical students' psychological propensity to alcohol abuse // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 37-45.

In group of 175 studied medical students alcohol was taken by 78 % (84 % of young men and 76 % of girls) of them. Positive attitude to alcohol was found in 67,8-69,8 %, negative – in 13,2-21,3 %. Commutability and mood improvement, perception intensification (positive) and cognitive, behavioural oppression, aversion (negative) were among often expected effects of alcohol intake. Risk of alcohol dependence formation was revealed in 7,4 % of students. It was significantly more often in those young men who had done it earlier, and in those who preferred strong alcoholic drinks. "Simulated bravery" and "Risk and aggression" behaviour types as expected action of alcohol intake were detected as predictors of alcohol abuse among students.

Key words: students, attitude to alcohol, alcohol dependence, abuse predictors.

Tetenova E.Y., Nadezhdin A.V., Kolgashkin A.Y. Online counseling for nonmedical use of psychoactive substances // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 46-59.

Results of online counseling for clients having problems with the use of narcotic drugs and psychotropic substances on a certain time period are analyzed. The structure of information requests from the users of the service are studied. It allows to expose some previously latent trends concerning clients' social behavior, personal psychological features and even certain medical facts concerning substance abuse related disorders.

Key words: online counseling, drug abuse, information request, prevention, latent trends.

Todorovic D., Perunicic I., Marjanovic S. Marijuana and high-school students: the socio-psychological consequences // “Vestnik psikiatrii i psihologii Chuvashii” [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 60-68.

The aim of this study was to investigate the relationship between abusing marijuana and characteristics of antisocial behavior and success in school. Punishment for improper behavior in school, proneness to fighting and severe illegal behavior was analyzed as antisocial variables. The sample consisted of 296 high-school students. Results: 1) 17.1 % of the participants consumed marijuana; 2) there are statistically significant positive correlations between using marijuana and being punished for improper behavior in school, proneness to fighting and severe illegal behavior; 3) there is a statistically significant negative correlation with their grades; and 4) males consume marijuana more than females.

Key words: marijuana, marijuana abuse, high-school students, antisocial behavior, success in school.

Borokhov A.D., Borokhov D.Z. Psychosemantic meaning of tattoo in patients with schizophrenic spectrum disorders // “Vestnik psikiatrii i psihologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 69-86.

The subject of this study was interpretation of 1576 tattoos from 412 patients with different mental disorders. A homogeneous group of 48 men with tattoos in the age of 18-43 years with disorders of schizophrenic spectrum was defined. The analyzed tattoos were illogic, bizarre, with mystic and magic components, reflecting delusional pathological processes in mind. Combination of several important factors such as large or gigantic size, mystic and magic components, bizarre localization let us to suspect cognitive impairment. Thus tattoo reflects state of mind of its bearer and could be used as additional diagnostic symptom.

Key words: schizophrenic spectrum disorders, tattoo, cognitive impairment.

Nikolaev E.L., Suslova E.S. Discourse and personality mental health: present-day views // “Vestnik psikiatrii i psihologii

Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 87-126.

The concept of discourse was originally connected exclusively with linguistics area. Today it is a subject of interdisciplinary researches. Mutual relations between existing approaches to definition of discourse concept with the meaning given not to idea of context but to independent philosophical construct can be presented in a kind of combination of linguistic, communicative, intentional, ideologo-political and cultural modalities. The discourse understanding in structure of personality development in specific historical and cultural environment which favours actualization of interrelations of the nearest context, linguistic and social designing of reality and personality in it as a system of relations directs mental health scientific researches to the new level.

Key words: discourse, linguistics, psychology, psychotherapy, identity, personality, mental health.

Golenkov A.V. Review of scientific and educational publications in Chuvashia concerning psychic health // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 127-130.

The article continues a series of works on sciencemetric indicators of psychiatric science in the Chuvash Republic. Results of publications and problems on the future are summarized.

Key words: conferences, scientific publications, articles, dissertations, monographies, Chuvashia.

New dissertations in area of mental health in Chuvashia // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 131.

The detailed list of dissertational researches on psychiatry, medical and social psychology, that was made in 1996-2010 in Chuvashia is specified.

Golenkov A.V., Safronov S.A. Alatyr district residents’ attitude to mental patients and psychiatry // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 132-138.

Attitude to psychiatry was studied in 630 residents of Alatyр district of Chuvashia. Mental patients were considered as aggressive by 72,7 % of respondents, not possessing talents – by 67,3 %, not bringing essential contribution to society – by 83 %. Two thirds (68,9 %) would feel themselves awkwardly in the presence of this patients, 83,3 % would not get acquainted with them. Respondents believe mental disorders (MD) to differ from other diseases (55,9 %), to be incurable (56,8 %). Psychiatric hospitals help with treatment of MD (73,7 %) a bit better than prisons (55,6 %). Psychiatrists' image was as a whole positive, as well as safety of modern methods of treatment. The answers related to gender, age, residence and educational level of respondents.

Key words: residents, Chuvashia, attitude to mental patients, psychiatric competence.

Yur'yeva L.N. Etiology and pathogenesis of schizophrenia: lecture // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 139-153.

The role of genetic, biological, psychosocial, ecological, sociocultural and evolutionary theories of schizophrenia, as well as related strategies of prevention and therapy based on etiology and pathogenesis are considered.

Key words: schizophrenia, etiology, pathogenesis, prevention, therapy.

Zav'yalova (Clarke) E. History of British Psychological Society // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 154-157.

The article focuses on the history of formation and stages of development of the British Psychological Society. It describes the structure, purposes, tasks and fields of activity of the British Psychological Society as well as contribution of the British Psychological Society into development of various branches of practical psychology at the national level.

Key words: British Psychological Society, psychologists, psychology.

Kozlov A.B. Experience of department of psychiatry in the Chuvash Institute for postdiploma education // "Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 158-163.

Five years' experience of postdiploma education of medical doctors in field of psychiatry (with accents in addictology or psychotherapy) which is gained by the department of psychiatry of the Chuvash Institute for postdiploma medical education is described in the paper. Staffing policy and future prospects are identified.

Key words: postdiploma education, psychiatry, addictology, psychotherapy, internship, residentsip, Chuvashia.

Fifty years to professor A.V. Golenkov // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2010. No 6. P. 164-167.

In commemoration of the 50th anniversary of Professor A. Golenkov, MD, D Sc, Chief for the chair of psychiatry and medical psychology at the Chuvash State University, a brief information on his professional way is given. Interview on the problems of present-day psychiatry and its role in a modern society is added.

Key words: professor, chair, Chuvash State University, psychiatry, nursing, ICD-11, science.

ТУПМАЛЛИ

Редактор самахэ 6

ЏИВЭЧ ЫЙТУСЕМ

А.Н. Алёхин

Психотерапи практикине пёрлештерес җёрти
медицинәпа психологи сәлтәвәсем 8

Н.П. Жигарева, А.В. Мишин

Интернат реабилитаци талккәшәнчи
медицинәпа профилактика сферинчи
терапи инновацийәсем 13

С. Марьянович, И. Перуничич, Д. Тодорович

Копинг-стратегие
ачасен гендер уйрәмләхәсем (акәлчанла) 23

НАРКОЛОГИ ЫЙТӘВӘСЕМ

А.В. Голенков, А.П. Андреева

Медик студентсен алкоголь енне туртәнас
психологи туртәмә пурри 37

Е.Ю. Тетенова, А.В. Надежин, А.Ю. Колгашкин

Тухтәр җырсә пәман психоактивлә япаласемпе
айкашакансене интернет-консультаци пани 46

Д. Тодорович, И. Перуничич, С. Марьянович

Аслә классенчи шукул ачисем
марихуана усә курнә хыҗҗәнхи
социаллә-психологилле хыҗҗем (акәлчанла) 60

КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

А.Д. Борохов, Д.З. Борохов

Шизофрени спектрёнци улшанусемпе
чирлекен сынсен татуировкисен
психосемантика пёлтерёшё 69

Е.Л. Николаев, Е.С. Сулова

Этемён психика сывлэхё тата дискурс:
хальхи анланни 87

АСЛАЛАХ ТЁПЕЛЁНЧЕ

Психика сывлэхё пирки пичетленё вёренгү,
аслаллахпа методика публикацийёсене тишкерни 127

Чавашьенре психика сывлэхён проблемисем синчен
сырнă сёнё диссертаци ёсёсем 131

ИРТНИПЕ ХАЛЬХИ

А.В. Голенков, С.А. Сафронов

Улатър районёнче пуранакансем психика енчен
чирлё сынсене тата психиатрие епле йышанни 132

Л.Н. Юрьева

Шизофрени этиологийё тата патогенезё: лекци 139

Е. Завьялова (Кларк)

Британи психологи обществин историйё 154

ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Чавашьенри тухтърсен шайне үстермелли
Институтри психиатри курсён ёс опычё 158

А.В. Голенков профессор 50 сул тултарать 164

Сак номер реферачесём
(вырасла, чавашла, тата акълчанла) 168

Авторсене пёлсе тама 190

CONTENTS

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

ORIGINAL STUDIES

<i>Alekhin A.N.</i> Medical and psychological basis for psychotherapy practice integration	8
<i>Zhigareva N.P., Mishin A.V.</i> Therapeutic innovations in medical and preventive sphere of the rehabilitation space in psychoneurological nursing home	13
<i>Marjanovic S., Perunicic I., Todorovic D.</i> Coping strategies and gender differences in children (in English)	23

ADDICTOLOGY AFFAIRS

<i>Golenkov A.V., Andreeva A.P.</i> Medical students' psychological propensity to alcohol abuse	37
<i>Tetenova E.Y., Nadezhdin A.V., Kolgashkin A.Y.</i> Online counseling for nonmedical use of psychoactive substances	46
<i>Todorovic D., Perunicic I., Marjanovic S.</i> Marijuana and high-school students: the socio-psychological consequences (in English)	60

CROSSROAD OF CULTURES

<i>Borokhov A.D., Borokhov D.Z.</i> Psychosemantic meaning of tattoo in patients with schizophrenic spectrum disorders	69
--	----

<i>Nikolaev E.L., Suslova E.S.</i> Discourse and personality mental health: present-day views	87
---	----

SCIENCE FOCUS

Review of scientific and educational publications in Chuvashia concerning psychic health	127
New dissertations in area of mental health in Chuvashia	131

HISTORY AND PRESENT

<i>Golenkov A.V., Safronov S.A.</i> Alatyr district residents' attitude to mental patients and psychiatry	132
---	-----

<i>Yur'yeva L.N.</i> Etiology and pathogenesis of schizophrenia: lecture	139
---	-----

<i>Zav'yalova (Clarke) E.</i> History of British Psychological Society	154
---	-----

NAMES AND EVENTS

Experience of department of psychiatry in the Chuvash Institute for postdiploma education	158
--	-----

Fifty years to Professor A.V. Golenkov	164
--	-----

Abstracts of the current issue (in Russian, Chuvash and English)	168
---	-----

Instructions to authors	190
-------------------------------	-----

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

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

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, а также размещать электронную версию журнала в сети Интернет. Все формы поддержки, включая грантовую, и поддержка, получаемая от фармацевтических компаний, должны быть обязательно указаны. Автор несет полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

К публикации принимаются материалы объемом до 65 тыс. знаков (с пробелами). К работе необходимо приложить аннотацию на русском и английском языках с названием работы, кратким изложением ее содержания (объемом до 100 слов), ключевыми словами, а также информацию об авторах с указанием их электронного адреса. 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 подписанную 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 ГОСТа. Ссылки на источник в виде порядкового номера помещаются в тексте в квадратных скобках.

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 6
2010

Подписано в печать 05.06.2010. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 10,93. Уч.-изд. л. 9,8. Тираж 100 экз. Заказ 217

Отпечатано в типографии издательства «Новое время»
Чувашская Республика, 428034, Чебоксары, ул. М. Павлова, 50/1
Тел. (8352) 46-43-46, 41-27-98. Эл. почта: newtime1@mail.ru

**IV СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ,
ПСИХОТЕРАПЕВТОВ,
ПСИХОЛОГОВ ЧУВАШИИ**
28-30 июня 2010 г., Чебоксары, Россия

**IV CONGRESS OF CHUVASH PSYCHIATRISTS,
NARCOLOGISTS, PSYCHOTHERAPISTS,
PSYCHOLOGISTS**
Cheboksary, Russia, 28-30 June 2010

