

ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ
ЧУВАШИИ

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology
Психиатрине психологин чăваш хыпарçи

Том 11 • № 4
Volume 11 • Number 4

2015

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

Учредитель и издатель –
ФГБОУ ВПО «Чувашский
государственный
университет
имени И.Н. Ульянова»

Издается при содействии
Чувашской ассоциации
психиатров, наркологов,
психотерапевтов,
психологов

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

Журнал представлен
в РИНЦ (Российский
индекс научного
цитирования),
Ulrich's Periodicals Directory

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

Тел. (8352) 45-20-96;
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Главный редактор

д-р мед. наук Е.Л. Николаев (Чебоксары, Россия)

Зам. главного редактора

проф. А.В. Голенков (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

канд. мед. наук И.Е. Булыгина (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Г.Г. Вербина (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук Д.В. Гартфельдер (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук А.Н. Захарова (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Е.Р. Исаева (Санкт-Петербург, Россия)

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

д-р психол. наук Н.А. Кравцова (Владивосток, Россия)

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

канд. мед. наук Ф.В. Орлов (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук С.А. Петунова (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет

проф. Н.В. Агазаде (Баку, Азербайджан)

проф. А.А. Александров (Санкт-Петербург, Россия)

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

канд. мед. наук И.Н. Бабурин (Санкт-Петербург, Россия)

канд. психол. наук С.Н. Ениколопов (Москва, Россия)

д-р мед. наук Ю.В. Игнатъев (Белиц, Германия)

проф. С.А. Игумнов (Минск, Белоруссия)

д-р мед. наук К.А. Идрисов (Грозный, Россия)

проф. В.И. Коростий (Харьков, Украина)

канд. психол. наук М.А. Кулыгина (Москва, Россия)

д-р мед. С. Лесинскене (Вильнюс, Литва)

канд. психол. наук В.А. Микаелян (Ереван, Армения)

канд. мед. наук Е.С. Молчанова (Бишкек, Кыргызстан)

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

д-р мед. наук Д.М. Мухамадиев (Душанбе, Таджикистан)

канд. психол. наук Е.И. Первичко (Москва, Россия)

канд. мед. наук Г. Резвый (Будё, Норвегия)

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

проф. О.А. Скугаревский (Минск, Белоруссия)

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

проф. Л.Н. Юрьева (Днепропетровск, Украина)

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2015

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

**Quartely
peer reviewed research
and clinical practice journal**

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

The journal is published
with assistance of
the Chuvash Association
of psychiatrists,
narcologists,
psychotherapists,
psychologists

The journal provides
information support
for the Russian
Society of Psychiatrists
and the Russian
Psychological Society

The journal is presented
in Russian Science
Citation Index,
Ulrich's Periodicals
Directory
data bases

Editorial Office:
15 Moskovskiy pr.,
Cheboksary, 428015, Russia

Tel: +7 (8352) 45-20-96
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Editor-in-chief

E. Nikolaev, M.D., Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

Deputy editor

A. Golenkov, M.D., prof. (Cheboksary, Russia)

Editorial Board

I. Bulygina, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

D. Hartfelder, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

E. Isayeva, Dr. Sci. (St. Petersburg, Russia)

A. Karpov, M.D., prof. (Kazan, Russia)

V. Krasnov, M.D., prof. (Moscow, Russia)

N. Kravtsova, Dr. Sci. (Vladivostok, Russia)

F. Orlov, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

S. Petunova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

G. Verbina, Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

A. Zakharova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

International Editorial Council

N. Agazade, M.D., prof. (Baku, Azerbaijan)

A. Aleksandrov, M.D., prof. (St. Petersburg, Russia)

M. Assimov, M.D., prof. (Almaty, Kazakhstan)

I. Baburin, M.D., Ph. D. (St. Petersburg, Russia)

S. Enikolopov, Ph. D. (Moscow, Russia)

S. Evans, Ph. D. (New-York, USA)

K. Idrisov, M.D., Dr. Sci. (Russia)

Yu. Ignatyev, M.D., Dr. Sci. (Beelitz, Germany)

S. Igumnov, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

V. Korostiy, M.D., prof. (Kharkov, Ukraine)

M. Kulygina, Ph. D. (Moscow, Russia)

S. Lesinskiene, M.D., Ph. D. (Vilnius, Lithuania)

V. Mikaelyan, Ph. D. (Yerevan, Armenia)

E. Molchanova, M.D., Ph. D. (Bishkek, Kyrgyzstan)

D. Mukhamadiev, M.D., Dr. Sci. (Dushanbe, Tajikistan)

K. Murayama, M.D., Ph. D. (Fukuoka, Japan)

E. Pervichko, Ph. D. (Moscow, Russia)

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

W. Rutz, M.D., prof. (Stockholm, Sweden)

O. Skugarevsky, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

T. Sørli, M.D., prof. (Tromsø, Norway)

L. Yur'yeva, M.D., prof. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Содержание

От редактора

- 6 Психическое здоровье в социокультурном контексте
Е.Л. Николаев

Клиническая и социальная психиатрия

- 17 Клинико-эпидемиологические и социокультурные особенности психической патологии у жителей Республики Алтай
И.И. Шереметьева, И.Д. Санашева
- 39 Европейская перспектива здоровья в период социальных изменений
В. Рутц

Клиническая психология

- 60 Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулёзом лёгочной локализации
С.А. Петунова
- 79 Феномен ритуальности при навязчивых состояниях: психоаналитический этюд
В.А. Микаелян, Э.В. Микаелян

Психотерапия и психопрофилактика

- 107 Первичная профилактика аддиктивного поведения у подростков: организационно-психологические подходы
С.В. Велиева
- 124 Психотерапия в стоматологической практике
А.М. Карпов, Д.Н. Горячев, М.В. Кирюхина, И.И. Бадертдинов

Перекресток культур

- 135 Массовое диссоциативное расстройство в Жанаозене: предпосылки и механизмы формирования
Е.С. Молчанова, Ж.А. Жолдасова
- 151 Культуральная психиатрия: современные подходы в клинической практике
Е.Л. Николаев
- 159 **Информация для авторов**

Contents

Editorial

- 6 Mental health in sociocultural context
E. Nikolaev

Clinical and social psychiatry

- 17 Clinical, epidemiological and sociocultural characteristics of psychiatric pathology in residents of Republic of Altai
I. Sheremeteva, I. Sanasheva
- 39 European health perspective in time of social changes
W. Rutz

Clinical psychology

- 60 Psychosocial characteristics of attitude toward disease in patients with pulmonary localization of tuberculosis
S. Petunova
- 79 Ritual phenomenon in obsessive disorders: psychoanalytic etude
V. Mikayelyan, E. Mikayelyan

Psychotherapy and prevention

- 107 Primary prevention of addictive behavior in adolescents: organizational and psychological approaches
S. Velieva
- 124 Psychotherapy in dental practice
A. Karpov, D. Goriachev, M. Kiryukhina, I. Badertdinov

Crossroads of cultures

- 135 Mass dissociative disorder in Janaozen: predictors and mechanisms of development
E. Molchanova, Zh. Zholdasova
- 151 Cultural psychiatry: contemporary approaches in clinical practice
E. Nikolaev

- 159 **Instructions for contributors**

УДК 613.86
ББК Р64+Ю971-7

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В СОЦИОКУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ

Е.Л. Николаев

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

Психическое здоровье в его индивидуальном и общественном измерении является одной из тех изначально узко медицинских категорий, которая в последние годы приобретает все более выраженный междисциплинарный характер. Психическое здоровье определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [11]. Как видно, в данном определении ВОЗ содержится довольно позитивная коннотация психического здоровья, чётко показывающая его направленность не на выявление психических нарушений, а на обращение к потенциальным возможностям и внутренним ресурсам человека, результирующим вектором деятельности которого являются социально ориентированные ценности.

На фоне драматических политических, экономических и социальных изменений, происходящих в современном мире, как никогда остро встают вопросы развития диалога между представителями различных культур, религий и сообществ. Нарастающая экономическая глобализация, тем не менее, не привела к полной унификации систем сознания, ценностей, верований, поведения людей, проживающих в различных частях мира. Более того, бурные миграционные процессы, в частности в странах Европы [4], не только не сопровождаются мирной интеграцией представителей неевропейских культур в европейское общество, а часто становятся очагом длительно существующих в обществе незримых противоречий и яблоком раздора между самими европейскими странами.

В такой ситуации значительно увеличиваются риски для психического здоровья как общества в целом, так и для его отдельных представителей. Соответственно возрастает роль социальной психиатрии, ее специалистов, способных находить адекватные ответы на новые вызовы психическому здоровью и благополучию населения.

Социальная психиатрия понимается в отечественной традиции как раздел психиатрии, охватывающий вопросы этнокультуральной психиатрии, индустриальной психиатрии и психиатрии чрезвычайных ситуаций. В зарубежной психиатрии наряду с аналогичным понятием «social psychiatry» ей часто соответствует отдельный довольно широкий раздел, называемый культуральной психиатрией [3]. В связи с чем ключевой темой данного номера стали вопросы социокультурного контекста психического здоровья, объединяющие как чисто социальные характеристики, так и собственно культуральные аспекты психического здоровья и его нарушений.

Стоит заметить, что сегодня за рубежом издаётся большое множество научных журналов, посвящённых изучению вопросов взаимосвязи психического здоровья и культуры. Только в современном американском Клиническом руководстве по культуральной психиатрии [3] даются отсылки к некоторым из них – «Culture, Medicine and Psychiatry»; «Transcultural Psychiatry»; «Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology»; «International Journal of Culture and Mental Health»; «World Cultural Psychiatry Research Review».

Вопросы социокультурных различий обсуждаются и на страницах журналов, посвящённых актуальным проблемам нейропсихиатрии и других нейронаук. В данной плоскости они ориентированы на повышение эффективности биологической терапии психических расстройств, которая не может быть отделена, как видно, от вопросов социокультурного характера. Так, в работе американских исследователей [20] показано, что при болезни Альцгеймера жители США латиноамериканского происхождения более чем в 1,5 раза чаще получают антипсихотическую терапию, связанную с более высокой распространённостью среди них психоневрологических нарушений при более тяжёлой деменции, чем белые неиспаноговорящие пациенты. При этом остаются неясными этнические различия в отношении того, как семьи больных и сами врачи относятся к прогрессированию деменции у пациентов с болезнью Альцгеймера. Вопросы культуральной психиатрии становятся актуальными и в проблемах сохранения психического здоровья заключённых тюрем, представляющих коренное население Австралии [17]. Очевидно, что традиционные для белого населения подходы в данном случае становятся малоэффективными.

Вопросы социокультурного характера уже сегодня затрагивают здоровье будущих поколений. Согласно масштабному британскому исследованию [5], основанному на многоуровневом анализе данных, полученных от 2262 молодых матерей, проживаю-

щих в этнически смешанных районах, проживание в районе с высокой этнической плотностью является протективным от развития послеродовой депрессии фактором для белых женщин.

В то время как в Европе выявление психических расстройств у женщин в перинатальном периоде уже внедрено в практику, диагностика послеродовой депрессии в неевропейских культурах до сих пор представляет большие трудности. В частности, в африканской Гане данное патологическое состояние чаще описывается как характеристика женщины, что «она слишком много думает». Местные жители обычно связывают его с бедностью и нищетой, отсутствием социальной поддержки, наличием домашних проблем. Соответственно, такие женщины ищут помощь в семье или религиозных организациях, нежели в медицинских учреждениях, где они в состоянии получить своевременную квалифицированную помощь [16].

Бичом современной эпохи стали зависимости – химические и нехимические. Именно зависимое поведение, вне зависимости от наличия биологического субстрата, наиболее часто становится связанным с факторами социокультурной среды. Этническо-расовые различия наблюдаются не только в распространённости нарушений зависимого поведения. Они проявляются и в характере воздержания и отказа от употребления табака при сравнении проживающих в США афроамериканцев, белых и латиноамериканцев [2], что обуславливает необходимость разработки культурально-дифференцированных программ профилактики.

Наиболее «питательной» средой для формирования зависимостей в любом обществе является подростковая среда. Собственно зависимое поведение может сопровождаться наличием иных нарушений здоровья непсихического характера. Например, в Калифорнии среди подростков различного культурного происхождения определяются этнические и расовые различия в распространённости употребления марихуаны и нарушений сна. При изучении связи нарушений сна и употребления алкоголя и марихуаны установлено, что уменьшение продолжительности сна, более поздний отход ко сну и нарушения засыпания связаны с более высокой частотой употребления алкоголя за последний месяц, а уменьшение продолжительности сна с более поздним отходом ко сну связаны с более высокой частотой употребления марихуаны за последний месяц [18]. Если не связывать нарушения сна у подростков в данном исследовании с последствиями приёма ими психоактивных веществ (ПАВ), то можно говорить о режиме сна как одном из факторов рис-

ка формирования зависимостей в данной возрастной группе. Направленность профилактических мер в таком случае вполне ясна.

Однако масштабы нуждаемости в психиатрической помощи даже в экономически благополучных странах не всегда соответствуют реальным масштабам ее оказания. И этому могут быть различные социальные причины. Как свидетельствует другое американское исследование [14], менее 9% детей в возрасте 12-17 лет, нуждающихся в специализированной амбулаторной и стационарной психиатрической помощи, проходят необходимую реабилитацию. Изучение роли социальных влияний на употребление подростками ПАВ (от табака, алкоголя и марихуаны до полисубстанционального употребления химических веществ, включающего опиоиды) показало, что в данном случае существует определенное влияние сверстников. Дети, начинающие употреблять ПАВ уже в возрасте 8 лет происходят из семей, где ее члены также употребляют ПАВ. Они также испытывают интенсивное давление со стороны сверстников, которое, в частности, прослеживается при употреблении опиоидов.

Вполне закономерно ожидать, что риск развития зависимого и иного деструктивного поведения среди иммигрантов и их детей будет значительно выше, чем среди коренных жителей, так как стресс аккультурации сопровождается ухудшением психического здоровья. Подтверждением чему является ситуация с иммигрантами из бывшего СССР. Так, недавнее их исследование в США показало, что среди русскоговорящих жителей страны широко распространена недиагностированная и нелеченая депрессия, которая связана с последствиями иммиграционного стресса. Ее симптомы определяются у каждого четвертого обследованного, для каждого третьего актуальны мысли суицидального характера. Авторы уверены, что диагностика депрессии в различных культурных группах представляет особую трудность [9].

Однако другие исследования свидетельствуют, что здесь не все так просто, по крайней мере, с детьми и подростками. В недавней работе, также выполненной в США, убедительно доказано, что в сравнении со своими сверстниками, родившимися в Америке, подростки-иммигранты, в особенности в возрасте 15-17 лет, значительно менее склонны к рискованным формам поведения в форме насилия, криминального поведения, употребления наркотиков. Подростки-иммигранты также чаще сообщают о наличии у них сплоченных семейных отношений, позитивном отношении к учебе в школе, неодобрительном отношении к употреблению ПАВ [15]. То есть боль-

шая приверженность детей и подростков традиционным ценностям семьи может являться для них в иммиграции протективным фактором, способствующим сохранению психического здоровья.

Если говорить о психотравмирующих для иммигранта факторах по новому месту проживания, то в Германии на материале изучения проблем психического здоровья у женщин турецкого происхождения показано, что психологический дистресс здесь связан с этнической дискриминацией. Исследователи уверены, что фактор этнической дискриминации стоит в ряду таких психотравмирующих факторов, как безработица, одиночество, ограничение на проживание, личностные особенности [1].

Еще одним социальным фактором, негативно влияющим на психическое здоровье лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, а также пациентов, получающих ее, является стигматизация. Стигматизация в связи с психическими расстройствами не является статичным для пациента явлением – так показало исследование состояния психического здоровья британского военного персонала. В связи с чем общественная стратегия борьбы со стигматизацией должна быть нацелена прежде всего на лиц, которые испытывают ухудшение психического здоровья. В реализации подобной стратегии могут особую помощь оказывать волонтеры, имеющие положительный опыт выздоровления после проблем с психическим здоровьем [8].

Социокультурный контекст болезни актуален не только для психических нарушений. Соматические заболевания также находятся в поле влияния психосоциальных факторов, не только психологических, но и экономических. В новозеландском исследовании [10] установлено, что ожирение у женщин связано с нарушениями психического здоровья, снижением психологического благополучия и экономических показателей. В то время как у мужчин ожирение также может быть связано с этими факторами или же соотноситься с большими экономическими доходами.

Не секрет, что состояние экономики страны влияет на здоровье ее населения. Экономический кризис может тесно соотноситься с ростом уровня самоубийств. Так, в Греции в ходе реализации мер жесткой экономии отмечен значительный рост числа суицидов среди трудоспособного населения [13].

Негативным фактором, влияющим на состояние психического здоровья, становятся не только резкие колебания в темпах экономического развития. Дисбаланс в уровне доходов населения также становится угрозой здоровью нации. Довольно поучителен анализ

связи между экономическими показателями неравенства доходов и распространённостью психотических симптомов в обществе, проведённый на основе данных, полученных в 50 странах мира. Установлено, что неравенство доходов значительно коррелирует с распространённостью в обществе психотических нарушений в виде галлюцинаций и бреда и связано с уровнем доходов на душу населения и типом экономического уклада [7].

Экономический и социальный диспаритет, существующий в обществе (как показано в статье наших коллег из Центральной Азии, опубликованной в текущем номере журнала), недостаточный уровень психиатрической и психологической грамотности медицинских специалистов, их неготовность к работе со случаями массовых заболеваний, отсутствие навыков взаимодействия со средствами массовой информации и общественными организациями со стороны психиатров – все это может наиболее ярко проявляться в ситуации массовых социогенных заболеваний, которые периодически возникают в различных частях мира. Мы считаем, что в условиях нестабильной социально-экономической и политической ситуации в мире число вспышек таких нарушений будет только возрастать. Поэтому считаем необходимым обратить внимание специалистов на условия их возникновения и специфику их терапии и профилактики.

Еще в 1980-е гг. было предложено разделять проявления массовой истерии, называемой сегодня массовым социогенным заболеванием, на два синдрома. Первый синдром, названный «массовой истерией тревоги», представлен признаками острой тревоги, чаще встречающейся у детей школьного возраста. Предшествующее напряжение отсутствует. Распространение идет посредством визуального контакта. Лечение заключается в изолировании участников, прогноз положителен. Вторая форма – «массовая моторная истерия», представлена нарушениями двигательной сферы. Ей подвержены люди в любом возрасте. Обычно ее развитию предшествуют напряженные ситуации. При ней возможно видеть первичные случаи заболевания, так как распространение постепенное. Лечение направлено на работу с источником стресса. Вспышка заболевания может быть длительной. Данный вид массовой истерии связан с личностными нарушениями, влияют на него и особенности ситуации [19].

Хорошей иллюстрацией данного заболевания является следующий случай. В 2010 году в одной из школ северо-западного Бангладеша среди детей, употреблявших в пищу по программе школьного

питания высококалорийное печенье, произошла вспышка острого заболевания. «Пострадавшие» дети предъявляли жалобы на боли в животе, изжогу, горечь во рту, головные боли, появившиеся после употребления данного печенья. Из общего числа 142 школьников, обратившихся за медицинской помощью, 44 учащихся четырёх разных школ имели описанную клинику заболевания. Детально из них обследованы 30 детей среднего возраста 9 лет, 70% из которых были девочками. Доминирующими у них симптомами были: боли в животе (93%), изжога (90%) и горечь во рту (57%). Все школьники через несколько часов выздоровели. Проведено эпидемиологическое обследование среды и микробиологическое исследование материалов, не выявившее каких-либо инфекционных возбудителей заболевания. Печенья также не были прогорклыми. Обследованные девочки негативно реагировали на более темную упаковку печенья, воспринимая ее как ядовитую, которая в результате «действий черных сил» сделала печенье ядовитыми. Многие школьники и их родители также были обеспокоены слухами об умирающих от «отравленных печений». В пользу массового социогенного заболевания в данном примере свидетельствуют следующие факторы: быстрое появление симптомов, сопровождающееся быстрым выздоровлением; преобладание лиц женского пола; отсутствие физикальных, микробиологических и эпидемиологических данных в пользу отравления. Быстрому распространению данного состояния способствовала высокая тревога в обществе, вызванная слухами о смертельных случаях. Разъяснительная работа в обществе, ознакомление населения с результатами обследований может ограничить распространение подобных вспышек [6].

На примере другой вспышки массового социогенного заболевания в США, когда у 22 прихожан церкви появились непонятные жалобы гастроинтестинального, неврологического и респираторного характера, в чем виделось отравление угарным газом, даются рекомендации тщательно проводить лабораторные исследования на наличие потенциально опасных веществ. Свою лепту в формирование массового социогенного заболевания также может внести неправильно прочитанный анализ или ошибки в работе измерительной аппаратуры, и даже присутствие поблизости множества карет скорой помощи [12].

Подводя итог, хотелось бы подчеркнуть, что актуальность социокультурных аспектов психического здоровья, несмотря на снижение интереса некоторых стран к идее мультикультурализма, не уменьшается. Более того, в силу появления в современном

мире новых угроз индивидуальному и общественному благополучию – роста терроризма, имеющего внешнюю религиозную окраску; распространения экономического кризиса на многие страны; появления целых межгосударственных поясов военно-политической и социально-экономической нестабильности и хаоса – данная плоскость подхода к решению проблем психического здоровья становится все более востребованной.

Современная психиатрия, да и все специалисты службы охраны психического здоровья в современных условиях просто не могут оставаться простыми «констататорами» происходящих в мире и окружающем обществе изменений, негативно влияющих на общественное здоровье и здоровье каждого члена общества. Современная психиатрия не только может, но и должна действовать на междисциплинарном и межсекторальном уровнях, наряду с биологическими подходами диагностики и терапии, развивать современные социальные стратегии профилактики упреждающего характера, позволяющие вовремя вмешиваться на уровне социума в потенциально негативные для здоровья общества ситуации, содействуя таким образом созданию условий для сохранения здоровья населения страны.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Aichberger M.C., Bromand Z., Rapp M.A., Yesil R., Montesinos A.H., Temur-Erman S., Heinz A., Schouler-Ocak M. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Nov; 50(11): 1691–700. doi: 10.1007/s00127-015-1105-3.
2. Bello M.S., Pang R.D., Cropsey K.L., Zvolensky M.J., Reitzel L.R., Huh J., Leventhal A.M. Tobacco Withdrawal Amongst African American, Hispanic, and White Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2015 Oct 18.
3. *Clinical Manual of Cultural Psychiatry, Second Edition* (edited by R.F. Lim). American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, 2015, 630 p.
4. Delauney G. Migrant crisis: Explaining the exodus from the Balkans [BBC News]. Available at: URL: <http://www.bbc.com/news/world-europe-34173252> (Accessed 8 September 2015).
5. Du Preez A., Conroy S., Pawlby S., Moran P., Pariante C.M. Differential effects of ethnic density on the risk of postnatal depression and personality dysfunction. *Br J Psychiatry.* 2015 Oct 22.
6. Haque F., Kundu S.K., Islam M.S., Hasan S.M., Khatun A., Gope P.S., Mahmud Z.H., Alamgir A.S., Islam M.S., Rahman M., Luby S.P. Outbreak of mass sociogenic illness in a school feeding program in northwest Bangladesh, 2010. *PLoS One.* 2013 Nov 14; 8(11): e80420. doi: 10.1371/journal.pone.0080420.
7. Johnson S.L., Wibbels E., Wilkinson R. Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Sep 14.

8. Jones N., Keeling M., Thandi G., Greenberg N. Stigmatisation, perceived barriers to care, help seeking and the mental health of British Military personnel. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2015 Sep 15.
9. Landa A., Skritskaya N., Nicasio A., Humensky J., Lewis-Fernández R. Unmet need for treatment of depression among immigrants from the former USSR in the US: A primary care study. *Int J Psychiatry Med.* 2015; 50(3): 271–89. doi: 10.1177/0091217415610320.
10. McLeod G.F., Fergusson D.M., John Horwood L., Carter F.A. Adiposity and psychosocial outcomes at ages 30 and 35. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Aug 14.
11. Mental health: a state of well-being [World Health Organization]. Available at: URL: <http://www.who.int> (Accessed 20 September 2015).
12. Nordt S.P., Minns A., Carstairs S., Kreshak A., Campbell C., Tomaszewski C., Hayden S.R., Clark R.F., Joshua A., Ly B.T. Mass sociogenic illness initially reported as carbon monoxide poisoning. *J Emerg Med.* 2012 Feb; 42(2): 159–61. doi:10.1016/j.jemermed.
13. Rachiotis G., Stuckler D., McKee M., Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJ Open.* 2015 Mar 25; 5(3):e007295. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007295.
14. Russell B.S., Trudeau J.J., Leland A.J. Social Influence on Adolescent Polysubstance Use: The Escalation to Opioid Use. *Subst Use Misuse.* 2015; 50(10): 1325–31. doi: 10.3109/10826084.2015.1013128.
15. Salas-Wright C.P., Vaughn M.G., Schwartz S.J., Córdova D. An «immigrant paradox» for adolescent externalizing behavior? Evidence from a national sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Sep 2.
16. Scorza P., Owusu-Agyei S., Asampong E., Wainberg M.L. The expression of perinatal depression in rural Ghana. *Int J Cult Ment Health.* 2015; 8(4): 370–81.
17. Shepherd S.M., Phillips G. Cultural 'Inclusion' or Institutional Decolonisation: How should prisons address the mental health needs of Indigenous prisoners? *Aust N Z J Psychiatry.* 2015 Nov 9.
18. Troxel W.M., Ewing B, D'Amico E.J. Examining Racial/Ethnic Disparities in the Association between Adolescent Sleep and Alcohol or Marijuana Use. *Sleep Health.* 2015 Jun 1; 1(2): 104–108.
19. Wessely S. Mass hysteria: two syndromes? *Psychol Med.* 1987 Feb; 17(1): 109–20.
20. Xiong G.L., Filshtein T., Beckett L.A., Hinton L. Antipsychotic Use in a Diverse Population With Dementia: A Retrospective Review of the National Alzheimer's Coordinating Center Database. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2015 Fall; 27(4): 326–32. doi: 10.1176/appi.neuropsych.15010020.

Николаев Е.Л. Психическое здоровье в социокультурном контексте // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 6–16.

Аннотация. Психическое здоровье в его индивидуальном и общественном измерении приобретает все более выраженный междисциплинарный характер. В определении ВОЗ содержится его позитивная коннотация, показывающая его направленность на внутренние ресурсы личности. На фоне драматических изменений, происходящих в современном

мире, остро встают вопросы развития диалога между представителями различных культур, религий и сообществ. Глобализация не привела к полной унификации сознания, ценностей, поведения людей в различных частях мира. Более того, миграционные процессы сегодня становятся очагом незримых противоречий в обществе. В такой ситуации значительно увеличиваются риски психическому здоровью.

Вопросы социокультурного характера уже сегодня затрагивают здоровье будущих поколений. В то время как в Европе выявление психических расстройств у женщин в перинатальном периоде уже внедрено в практику, диагностика послеродовой депрессии в неевропейских культурах до сих пор представляет трудности. Бичом современной эпохи стали химические и нехимические зависимости. Именно зависимое поведение наиболее часто становится связанным с факторами социокультурной среды. Масштабы нуждаемости в психиатрической помощи даже в экономически благополучных странах не всегда соответствуют реальным масштабам ее оказания. Соматические заболевания также находятся в поле влияния психосоциальных факторов. Негативным фактором психического здоровья становится не только экономический кризис, но и неравенство в уровне доходов. В условиях нестабильной ситуации число вспышек массовых социогенных заболеваний может возрастать. Важно обратить на них внимание специалистов.

Современная психиатрия и специалисты службы охраны психического здоровья в сложившихся условиях должны действовать на междисциплинарном и межсекторальном уровнях. Наряду с биологическими подходами диагностики и терапии развивать современные социальные стратегии профилактики упреждающего характера. Это позволит своевременно вмешиваться на уровне социума в потенциально негативные для здоровья общества ситуации и содействовать созданию условий для сохранения здоровья населения.

Ключевые слова: психическое здоровье, культура, социум, риски здоровью, психиатрия, социокультурные аспекты.

Информация об авторе:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Nikolaev E.L. Psikhicheskoe zdorov'e v sotsiokul'turnom kontekste [Mental health in sociocultural context] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 6-16.

Abstract. Mental health in its individual and social dimensions is becoming more and more interdisciplinary. The definition of the WHO contains its positive connotation, showing its focus on a personality's internal resources.

Amid the dramatic changes taking place in the modern world, questions of developing a dialogue between representatives of different cultures, religions and communities tend to be more urgent. Globalisation has not led to the complete unification of the consciousness, values and behaviour of people from different parts of the world. Moreover, migration processes are now becoming a hotbed of invisible contradictions in society. In this situation, risks to mental health increase significantly.

It is today that sociocultural issues begin to affect the health of future generations. While in Europe detecting mental disorders in women in the perinatal period has already been put into practice, the diagnosis of postpartum depression in non-European cultures is still problematic. The scourge of the modern era is chemical and non-chemical addictions. It is addictive behavior that is more often connected with factors of the sociocultural environment. The amount of mental health services needed, even in economically prosperous countries, does not always correspond to the actual amount of the services being provided. Somatic diseases are also influenced by psychosocial factors. A factor influencing mental health negatively is an economic crisis, as well as income inequality. Under the conditions of the unstable situation the number of episodes of mass sociogenic diseases may increase. It is important to bring them to the attention of specialists.

Modern psychiatry and mental health services specialists should act on the interdisciplinary and cross-sectoral levels under these circumstances. They should develop modern social strategies for prophylaxis along with the biological approach to diagnosis and treatment. This will allow the society to promptly step in a situation which can be negative for the society's health and contribute to the creation of conditions necessary for population health preservation.

Keywords: mental health, culture, society, health risks, psychiatry, socio-cultural aspects.

Information about author:

Nikolaev Evgeni, M.D., Doctor of Medical Science, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, *pzdorovie@bk.ru*.

Поступила: 18.11.2015

Received: 18.11.2015

УДК 616.89(470.621)

ББК Р64(2Рос.Алт)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

И.И. Шереметьева¹, И.Д. Санашева²

¹ *Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия*

² *Психиатрическая больница, Горно-Алтайск, Россия*

Введение

Развитие психиатрии претерпевает в последние годы большие изменения. Наряду с формированием новых направлений психиатрии [1, 14, 16, 21, 41] создаются новые формы организации помощи больным с психическими расстройствами [4, 8, 13]. Большая роль при совершенствовании психиатрической помощи отводится эпидемиологическим исследованиям [9, 36, 43].

Особую значимость в психиатрии приобретает необходимость учета социокультурных факторов [5, 6, 10, 18, 39, 42]. Высокая значимость этнокультурного контекста доказана не только для донозологических форм психических нарушений [19], но и для невротических расстройств [25, 30], пограничных расстройств в целом [24], аффективных расстройств [7], суицидального поведения [11], психических расстройств при эпилепсии [29], для судебно-психиатрической практики [2], других клинических ситуаций, а также для контекста психофармакотерапии [40]. Имеющийся за рубежом, в частности в США, аналогичный опыт обобщён во втором издании (2015 г.) Клинического руководства по культуральной психиатрии, подготовленном Американской психиатрической ассоциацией [38].

При совершенствовании оказания психиатрической помощи также важно учитывать различия в проявлении психической патологии у мужчин и женщин. Ведь они могут иметь характер не только половых различий (биологический по своей основе), но и гендерный (социокультурный по своей природе) [3, 17, 23, 27, 35].

Констатируя значение научной базы в деле развития и совершенствования психиатрической помощи, необходимо отметить, что в Республике Алтай она практически отсутствовала. В

отличие от других регионов России и стран, на территории Республики Алтай каких-либо масштабных исследований, посвящённых психическим расстройствам у ее жителей, вообще не проводилось. Исключением являются работа О.И. Хвостовой, выполненная в 2002 г. [34] и посвящённая частной клинической проблеме – распространённости депрессивных и тревожных нарушений у алтайцев, и некоторые наши работы [20, 26].

Между тем высокая научная значимость и практическая востребованность научного исследования, направленного на получение максимально полных представлений о проявлениях психической патологии у жителей республики Алтай с акцентом на социокультурном контексте психических расстройств, обусловлены наличием культурной и социальной специфики у коренных жителей республики – алтайцев [12, 22, 31–33, 37]. В связи с чем целью представленного исследования стало изучение выраженной, требующей стационарной помощи, психической патологии у взрослого населения Республики Алтай для создания информационной базы, способствующей оптимизации психиатрической помощи в данном регионе.

Материал и методы исследования

Проведено сплошное клинико-статистическое, основанное на анализе медицинской документации, исследование всех взрослых больных, получавших специализированную помощь в течение 2008 г. в Горно-Алтайской республиканской психиатрической больнице. При изучении медицинской документации учитывались содержащиеся в ней диагностические формулировки по рубрикации МКБ-10, а также диагностические заключения, соответствующие принятой в нашей стране классификации [15, 28]. Последующий анализ проводился с учетом диагностических заключений по перечню нозологических форм отечественной классификации.

Всего в больнице было пролечено 996 пациентов. Из них 623 мужчины (62,6%) и 373 женщины (37,4%). В соответствии с целью и задачами работы изучаемый контингент был разделен по этническому признаку на три группы. Первую группу составили коренные жители республики – алтайцы (290 человек – 29,1%); вторую – русские (634 человека – 63,7%); третью – представители иных национальностей (72 человека – 7,2%). С учетом как общего числа пролеченных больных, так и числа больных выделенных групп был проведен анализ основных показателей психической

патологии, потребовавшей госпитализации, у жителей Республики Алтай с акцентом на социокультурную составляющую.

При выполнении исследования учитывались необходимые для решения поставленных задач демографические показатели. Для этого мы воспользовались данными Всероссийской переписи населения 2002 г. (последней на момент проведения работы). Согласно этой переписи в республике проживало 202 947 человек. Из них коренных жителей – алтайцев – 67 854 человека (30,6%), русских – 116 510 человек (57,4%), представителей иных национальностей – 18 583 человека (12,0%). При этом взрослое население (от 18 лет и старше) составило: всего 142 447 человек, включая 44 358 (31,2%) коренных жителей, 85 521 (60,0%) русских и 12 568 (8,8%) представителей иных национальностей. По справке республиканского информационно-аналитического Центра, в 2008 г. (на время проведения исследования) демографическая ситуация в республике существенно не изменилась.

Было клинически исследовано и наблюдалось 205 больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга. В их число входили две группы жителей республики – алтайцы (102 человека) и русские (103). Группы являлись идентичными по половым признакам. Группу алтайцев составили 24 женщины (23,5%) и 78 мужчин (76,5%); группу русских – 28 женщин (27,2%) и 75 мужчин (72,8%).

Выбор больных экзогенно-органической патологией для исследования определялся тем, что она занимала значительное место в общей структуре психических заболеваний у больничного контингента, и тем, что данная патология не нашла должной оценки с социокультурных позиций.

Результаты и обсуждение

Анализ формирования психиатрической службы в Республике Алтай показал значительное отставание ее становления по сравнению с другими территориями. Только с 2007 г. начался качественно новый этап ее развития, обусловленный образованием Горно-Алтайской республиканской психиатрической больницы. Больница явилась лечебно-реабилитационным и методическим центром психиатрии республики. Это, с одной стороны, выдвигало задачи всестороннего изучения психической патологии у её населения, а с другой – способствовало проведению работ в этом направлении.

Изучение контингента больных, прошедших обследование и лечение в больнице в 2008 г., показало, что у жителей Республики

Алтай могут развиваться все основные формы психической патологии (табл. 1).

Таблица 1. Общая структура психических заболеваний у пролеченных в больнице (n = 996)

Заболевания	Абс.	%
Шизофрения	203	20,4
Органические заболевания головного мозга	123	12,4
Эпилепсия	42	4,2
Умственная отсталость	45	4,5
Психозы позднего возраста	39	3,9
Расстройства личности	58	5,8
Болезни зависимости	407	40,9
Другие формы	79	7,9
Всего	996	100,0

При этом показатель числа всех пролеченных в течение года больных на 10 тыс. взрослого населения республики составил 69,9. Причем его величина во многом определялась пациентами болезнями зависимости, показатель которых равнялся 28,6. Показатели больных шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга составили 14,3 и 8,6. Следует добавить также, что отмеченное выше заметное различие в доле поступавших на лечение в больницу мужчин и женщин (62,6% и 37,4%, соответственно) было во многом обусловлено большим числом лиц мужского пола с болезнями зависимости. В контингенте же больных без болезней зависимости (589 человек) показатели долевого участия мужчин и женщин оказались не столь контрастными (54,8% и 45,2%).

Структура расстройств у пролеченных больных без болезней зависимости имела следующий вид: шизофрения (34,5%), органические заболевания головного мозга (20,9%), эпилепсия (7,1%), умственная отсталость (7,7%), психозы позднего возраста (6,6%), расстройства личности (9,8%), другие формы (13,4%).

В группах больных, выделенных по нозологической принадлежности, установлены значительные отличия удельного веса мужчин и женщин. Так, в группах больных шизофренией и психозами позднего возраста доминировали женщины. Их доля составила 56,7% и 71,8%, соответственно ($P < 0,01$ и $P < 0,001$). В группах больных органическими заболеваниями головного мозга, умственной отсталостью, расстройствами личности и болезнями зависимо-

сти преобладали мужчины, на долю которых пришлось 82,1%, 68,9%, 77,6% и 73,7%, соответственно (во всех случаях $P < 0,001$).

В целом у мужского и женского контингентов больных имелся однотипный спектр психических расстройств. Однако у мужчин достоверно больший удельный вес, чем у женщин, имели органические заболевания головного мозга (16,2% и 5,9%, $P < 0,001$), расстройства личности (7,2% и 3,5%, $P < 0,01$) и болезни зависимости (48,2% и 28,7%, $P < 0,001$). У женщин – шизофрения (30,8% и 14,1%, $P < 0,001$) и психозы позднего возраста (7,5% и 1,8%, $P < 0,001$).

Выше было показано, что среди лечившихся доминировали мужчины – соотношение мужского и женского контингентов больных составило 1,67 к 1,0. Причем в пересчете на популяционные показатели это соотношение оказалось еще более значительным. При 65 777 мужчин и 76 670 женщин в населении республики на 10 тыс. человек в мужской популяции пришлось 94,7 больных, нуждавшихся в силу тяжести состояния в стационарной психиатрической помощи. В то время как в женской – только 48,7. В итоге соотношение мужчин и женщин, получавших больничную помощь, на 10 тыс. населения каждого пола составило 1,94 к 1,0.

Причины такого различия во многом были обусловлены значительным числом в мужской популяции лиц, страдающих болезнями зависимости, получавших стационарную помощь, – 45,6 на 10 тыс. У женщин этот показатель был существенно меньше – 14,0. В результате соотношение лечившихся мужчин и женщин без лиц болезнями зависимости составило 1,41 к 1,0.

С эпидемиологических позиций нашло свое объяснение отмеченное выше превалирование больных шизофренией в женской группе по сравнению с мужской. Как оказалось, оно было связано с преобладанием в населении республики женщин. В пересчете же на 10 тыс. населения разного пола эти различия оказались не столь существенными – 15,0 и 13,4.

У больных всех трех выделенных по национальному составу групп больных, получавших стационарную помощь, имелся одинаковый спектр психических заболеваний.

В соответствии с целью и задачами исследования остановимся на сравнении проявлений психической патологии двух из них – алтайцев и русских. Группа алтайцев состояла из 290 больных, русских – 634. Столь существенные, более чем в два раза, различия в числе пролеченных представителей разных национальностей были обусловлены, как показал анализ, демографическими об-

стоятельствами – значительно меньшим числом в населении республики коренных жителей. В пересчете же на 10 тыс. населения этих этносов показатели получавших стационарную помощь алтайцев и русских оказались не столь контрастными – 65,4 и 74,1 соответственно. Больше того, без больных болезнями зависимости показатель числа пролеченных на 10 тыс. населения у алтайцев был заметно выше (47,1 и 39,3, соответственно).

При сравнении групп больных, получавших стационарную помощь, алтайцев и русских, было установлено, что им свойствен один и тот же спектр психической патологии. В то же время входящие в ее структуру ряд заболеваний имели у представителей разных этносов отличающиеся удельно-весовые характеристики (табл. 2).

Таблица 2. Общая структура психических заболеваний у алтайцев и русских

Заболевания	Национальности				p
	алтайцы (n = 290)		русские (n = 634)		
	абс.	%	абс.	%	
Шизофрения	79	27,3	113	17,8	< 0,01
Органические заболевания головного мозга	50	17,3	63	9,9	< 0,01
Эпилепсия	20	6,9	16	2,5	< 0,05
Умственная отсталость	23	7,9	18	2,8	< 0,01
Психозы позднего возраста	5	1,7	30	4,8	< 0,01
Расстройства личности	16	5,5	37	5,8	< 0,05
Болезни зависимости	81	27,9	298	47,0	< 0,001
Другие формы	16	5,5	59	9,4	< 0,05

Сравнение показателей числа пролеченных больных разных этнических групп на 10 тыс. населения по отдельным нозологическим формам также выявило заметные их отличия. У алтайцев были выше показатели по шизофрении (17,8 и 13,2, соответственно), органическим заболеваниям головного мозга (11,3 и 7,4), эпилепсии (4,5 и 1,9) и умственной отсталости (5,2 и 2,1). Ниже – по психозам позднего возраста (1,1 и 3,5) и болезням зависимости (18,2 и 34,8). Показатели расстройств личности оказались почти идентичными.

Сравнение структуры психических расстройств у пролеченных в больнице мужских групп алтайцев и русских установило, что соотношение их показателей на 10 тыс. населения сходно с

приведенными выше показателями общих контингентов больных алтайцев и русских. У алтайцев мужчин были выше показатели по шизофрении (15,6 и 13,3), органическим заболеваниям головного мозга (22,6 и 11,6), эпилепсии (4,5 и 2,0) и умственной отсталости (9,0 и 2,8). Ниже – по психозам позднего возраста (0,5 и 2,5) и болезням зависимости (29,1 и 55,7).

При сравнении показателей женских групп у алтаек заметно более высокими они, как и у мужчин, оказались по шизофрении (19,6 и 12,8) и эпилепсии (4,5 и 1,7). У русских – по психозам позднего возраста (4,3 и 1,6) и болезням зависимости (16,9 и 9,4).

Названные отличия имели, скорее всего, многофакторный характер, а не обуславливались только этническими особенностями. Естественно, что причины установленных отличий требуют специального исследования. В то же время некоторые из них могут быть названы.

В частности, это особенности расселения жителей республики разных национальностей, доступность и качество психиатрической помощи, отношение к психически больным их родственников. В г. Горно-Алтайск, где расположена психиатрическая больница, проживает только 15,0% алтайцев, населяющих республику, а значительная их часть живет в отдаленных районах, где нет психиатрических стационаров, а внебольничная психиатрическая помощь развита слабо. Поэтому в случае заболевания алтайцев, их близкие, заботясь о них, стремятся поместить их в единственную в республике психиатрическую больницу. В то же время основная часть русского населения живет в г. Горно-Алтайск (33,6%) и в расположенных рядом с ним населенных пунктах, где достаточно развито внебольничное звено психиатрической службы. Это позволяет лечиться части контингента русских больных, аналогичного алтайскому, во внегоспитальных условиях.

Названными обстоятельствами можно объяснить отмеченные выше более высокие эпидемические показатели как общего числа пролеченных больных, без больных болезнями зависимости, так и больных шизофренией, органическими заболеваниями головного мозга и эпилепсией у алтайцев.

Значительно более низкий показатель болезней зависимости у лечившихся алтайцев, по сравнению с русскими, свидетельствует скорее не о меньшей распространенности этой патологии у алтайцев, а обусловлен бытующей у них толерантностью к тяжелым проявлениям болезней зависимости у их близких. В результате

большая часть этих больных, с учетом и трудностей их транспортировки из отдаленных районов, не доставляется в больницу.

Требовал внимания и оценки более высокий показатель умственной отсталости у лечившихся алтайцев в отличие от русских. Одна из возможных причин этого – гипердиагностика умственной отсталости у них. Наш анализ показал, что данное положение в известной степени обусловлено инерцией длительно существовавшего порядка, когда диагноз умственной отсталости ставили не психиатры, а врачи других специальностей либо педагоги и психологи.

При изучении распространенности в населении психических расстройств внутри этнических групп между пролеченными мужчинами и женщинами было установлено заметное сходство соотношения ее показателей у алтайцев и русских. У мужчин алтайцев и русских в пересчете на 10 тыс. населения были выше, чем у женщин, показатели по органическим заболеваниям головного мозга (22,6 и 11,6 против 2,0 и 3,7), умственной отсталости (9,0 и 2,8 против 2,0 и 1,5), расстройствам личности (6,0 и 7,1 против 1,6 и 2,0) и болезням зависимости (29,1 и 55,7 против 9,4 и 16,9). У женщин превалировали величины показателей по психозам позднего возраста (1,6 и 4,3 против 0,5 и 4,3). Исключение составило лишь соотношение показателей по шизофрении. У женщин алтаек он оказался более высоким, чем у мужчин (19,6 против 15,6). У женщин русских, напротив – ниже, чем у представителей мужского пола (12,8 и 13,7).

Клиническое исследование 205 больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга выявило широкий спектр перенесенных ими или имеющих причин, с которыми можно было связать развитие у них органических поражений мозга. Это были травмы головы (67,8%), различные инфекции (70,2%), интоксикации (68,8%), осложнения беременности и родов (40,5%), соматические заболевания (88,8%). Причем в подавляющем числе случаев это был их комплекс.

Сравнение причин, вызвавших органические поражения головного мозга у мужчин и женщин, показало, что они имеют близкий спектр. Однако при этом достоверно большее число женщин перенесло тяжело протекавший грипп (16,3% и 61,5%, $P < 0,001$) и у них существенно чаще случались отравления угарным газом (7,8% и 25,0%, $P < 0,01$). Сравнение патогенных факторов, имев-

шихся у представителей разных этнических групп, показало значительное сходство их спектра у алтайцев и русских. Причем удельно-весовые соотношения данных факторов не имели статистических различий.

Сопоставление анализируемых причин, выявленных в мужских группах алтайцев и русских, не установило каких-либо значимых отличий их спектров. Что касается женских групп, то у больных алтайской национальности достоверно чаще, чем у русских, имели место травмы головы с потерей сознания (79,2% и 46,3%, $P < 0,05$).

Клиническое исследование всех 205 больных, имевших экзогенно-органические поражения головного мозга, выявило широкую гамму развивавшихся у них психических расстройств, ведущим среди которых был психоорганический синдром, проявления которого отражаются такими рубриками МКБ-10, как F02.8; F06.6; F06.7; F07.0. При этом следует отметить, что в общем спектре психических нарушений у этих больных значительное место занимали бессудорожные пароксизмальные состояния – психосенсорные расстройства (22,0%), нарушения памяти типа дежа вю и жамэ вю (15,1%), диэнцефальные пароксизмы (41,0%), дисфории (51,7%) и экстатические явления (16,1%), катаплексия (6,8%) и нарколепсия (3,4%), сумеречные состояния сознания (41,0%).

При сравнении психических расстройств, наблюдавшихся у больных мужской и женской групп, было установлено, что они однотипны по своему перечню. Наряду с этим обнаружены существенные отличия в удельно-весовых характеристиках части из них. У мужчин достоверно чаще выявлялись диэнцефальные пароксизмы (47,1% против 23,1%, $P < 0,001$). У женщин большую частоту имели расстройства типа дежа вю (28,8% и 8,5%, $P < 0,01$), дисфории (69,2% и 45,8%, $P < 0,001$) и экстатические явления (26,9% и 12,4%, $P < 0,05$) катаплексия (17,3% и 3,3%, $P < 0,05$) и ипохондричность (40,2% и 22,2%, $P < 0,05$).

При оценке клинической картины экзогенно-органических заболеваний головного мозга у наблюдавшихся больных с социокультурных позиций оказалось, что у алтайцев и русских был идентичным спектр психических расстройств. В то же время у алтайцев, по сравнению с русскими, с достоверно большей частотой развивались диэнцефальные пароксизмы, дисфории, экстатические явления и сумеречные состояния сознания (табл. 3).

Таблица 3. Психические расстройства у больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга алтайцев и русских

Психические расстройства	Алтайцы (n = 102)		Русские (n = 103)		p
	абс.	%	абс.	%	
Психоорганический синдром	102	100,0	103	100,0	
Психосенсорные расстройства:	17	16,7	28	27,2	
метаморфозии	10	9,8	16	15,5	> 0,05
нарушения «схемы тела»	7	6,9	12	11,7	> 0,05
Расстройства памяти:	13	12,7	18	17,5	
типа дежа вю	12	11,8	16	15,5	> 0,05
типа жамэ вю	1	1,0	2	1,9	> 0,05
Диэнцефально-гипоталамические пароксизмы	49	48,0	35	34,0	> 0,05
Дисфории	64	62,7	42	40,8	
Экстатические явления	22	21,6	11	10,7	
Катаплексия	7	6,9	7	6,8	> 0,05
Нарколепсия	4	3,9	3	2,9	> 0,05
Сумеречное состояния сознания	54	52,9	30	29,1	> 0,001
Ипохондрические явления	25	24,5	30	29,1	> 0,05
Депрессивные состояния	35	34,3	42	40,8	> 0,05
Бредовые синдромы	33	32,4	36	35,0	> 0,05

Отличия частотных характеристик экзогенно-органических психических расстройств у представителей разных этнических групп были установлены и между однополыми группами больных. У мужчин алтайцев достоверно с большей частотой, чем у русских, выявлялись дисфории (60,3% против 30,7%, $P < 0,001$), экстатические явления (19,2% и 5,33%, $P < 0,01$) и сумеречные состояния сознания (50,0% и 26,7%, $P < 0,01$). У женщин алтаек существенно чаще, чем у русских, развивались сумеречные состояния сознания (65,2% и 35,7%, $P < 0,05$).

Заметные отличия удельно-весовых показателей психических нарушений были обнаружены и внутри этнических групп между мужчинами и женщинами. У мужчин, как алтайцев, так и русских, с достоверно большей частотой возникали диэнцефальные пароксизмы (53,8% и 40,0% против 29,2% и 17,9%, $P < 0,05$). У женщин имелась тенденция к большей частоте развития дисфорий, экстатических явлений, нарушений памяти типа дежа вю и жамэ вю, сумеречных состояний сознания.

С учетом ведущего значения психоорганического синдрома в общей клинической картине экзогенно-органических заболеваний головного мозга [28] для более детального изучения этой патологии был проведен сравнительный анализ его проявлений в социокультурном преломлении.

Для сравнения проявлений психоорганического синдрома у выделенных групп больных мы воспользовались составленным на кафедре психиатрии Алтайского государственного медицинского университета детальным перечнем образующих его симптомов. Сравнительный анализ показал, что наблюдавшимся больным алтайцам и русским свойствен однотипный спектр симптомов психоорганического круга. Наряду с этим были установлены и определенные отличия в проявлениях у них психоорганической симптоматики. Оказалось, что представители алтайского населения достоверно хуже переносят алкоголь (64,7% против 43,7%, $P < 0,01$). Названные выше отличия в проявлениях психоорганической симптоматики были обнаружены и при сравнении однополых групп больных. У мужчин алтайцев достоверно большую частоту, чем у русских мужчин, имела плохая переносимость алкоголя (69,2% против 49,3%, $< 0,05$). Между женскими группами алтаек и русских не отмечено достоверных различий частотных характеристик симптомов психоорганического спектра, тем не менее выявлена тенденция к большему их превалярованию у алтаек.

Сравнение проявлений психоорганического синдрома у мужчин и женщин внутри национальных групп, с одной стороны, показало, что мужчинам и женщинам разных национальностей свойствен общей спектр расстройств психоорганического плана, с другой – выявило существенные отличия в количественных их показателях. У женщин алтаек и русских с достоверно большей частотой встречались такие признаки психоорганического синдрома, как тошнота при головной боли (70,8% и 71,4% против 33,3% и 42,7%, $P < 0,001$ и $P < 0,01$), плохая переносимость жары (100,0% и 78,6% против 60,3% и 58,7%, $P < 0,001$ и $P < 0,05$), душных помещений (75,0% и 78,6% против 47,4% и 48,0%, $P < 0,05$ и $P < 0,01$) и поездок в транспорте (62,5% и 46,4% против 30,8% и 22,7%, $P < 0,01$ и $P < 0,05$). Наряду с этим у мужчин и алтайцев, и русских оказался выше показатель, свидетельствующий о плохой переносимости ими алкоголя (69,2% и 49,3% против 50,0% и 28,6%, $P > 0,05$, $P < 0,05$).

В результате исследования был установлен, как уже отмечалось, один из значимых признаков различий органических забо-

леваний головного мозга у представителей разных этносов. Он заключается как в более высоких показателях плохой переносимости алкоголя алтайцами, так и в особенностях клинической картины, развивающейся у них в связи с алкоголизацией. Данное явление, в известной степени, можно объяснить отмеченными выше более свойственными лицам алтайской национальности такими признаками органической патологии, как гипоталамические пароксизмы, дисфории, сумеречные состояния сознания. Последние, проявляясь и трансформируясь во взаимодействии с эффектом действия алкоголя, дают своеобразные картины алкогольной патологии.

Обсуждение

Подводя итоги исследования, можно полагать, что впервые полученные в процессе его выполнения данные о контингентах больных, имеющих психическую патологию, требующую стационарной помощи, установленные клинические и эпидемиологические показатели этой патологии, выявленные особенности психических расстройств, в том числе при экзогенно-органических поражениях головного мозга, в их этническом и гендерном преломлении, могут служить основой для дальнейшего изучения психических заболеваний у жителей Республики Алтай, а также быть использованы для оптимизации психиатрической помощи населению республики.

Таким образом, структура требующей стационарной помощи психической патологии у взрослых жителей Республики Алтай представлена всеми основными формами психических заболеваний. Среди последних значительный удельный вес приходится на болезни зависимости (40,9%), существенна также доля шизофрении (20,4%) и экзогенно-органических заболеваний головного мозга (12,4%). Показатель числа всех пролеченных в течение года больных на 10 тыс. населения республики составил 69,9 человека.

В больничном контингенте доминируют мужчины: их доля составляет 62,6%, женщин – 37,4%, что в значительной степени определяется большим числом лиц с болезнями зависимости мужского пола. Это ярко отражается в соотношении мужчин и женщин, получавших больничную помощь, в пересчете на 10 тыс. населения каждого пола, составившем 1,94 к 1,0. Среди больных без болезней зависимости показатели долевого участия мужчин и женщин не столь контрастны – 54,8% и 45,2%, соответственно, при соотношении популяционных показателей 1,41 к 1,0.

Мужской и женский контингенты больных, получавших стационарную помощь, характеризуются общим перечнем психических заболеваний, но заметно отличаются их частотными показателями. У мужчин доминировали болезни зависимости (48,2%). На долю органических заболеваний головного мозга, шизофрении и расстройств личности пришлось, соответственно, 16,2%, 14,1% и 7,2%. В женской группе на первом плане стояла шизофрения (30,8%), на втором – болезни зависимости (28,7%). С достоверно большей частотой у женщин встречались психозы позднего возраста и со значительно меньшей – органические заболевания (5,9%) и расстройства личности (3,5%). В определенной степени различия удельно-весовых показателей психических расстройств у лечившихся в стационаре мужчин и женщин связаны с пропорцией (0,86 к 1,0) полового состава взрослого населения республики.

Структура психических расстройств у пролеченных в стационаре представителей алтайского и русского населения республики включает однотипный перечень заболеваний при заметных отличиях их частотных характеристик. В группе алтайцев достоверно большую частоту имели шизофрения, органические заболевания головного мозга, эпилепсия и умственная отсталость. В группе русских достоверно чаще фиксировались психозы позднего возраста и болезни зависимости. Выявленные отличия в известной мере обусловлены особенностями расселения жителей республики и связанными с этим качеством и доступностью специализированной помощи, а также степенью толерантности разных этносов к больным родственникам.

У больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга наблюдается широкая гамма психических расстройств. Наряду с ведущим психоорганическим синдромом она включает разнообразные бессудорожные пароксизмальные состояния. Спектр этих расстройств у мужчин и женщин однотипен. В то же время у мужчин достоверно чаще развиваются дизэнцефальные пароксизмы. У женщин большую частоту имеют расстройства памяти типа дежа вю и жамэ вю, дисфории, экстатические явления и ипохондричность.

Общая клиническая картина экзогенно-органических заболеваний головного мозга у алтайцев и русских включает идентичный спектр психических расстройств. Наряду с этим у алтайцев, по сравнению с русскими, с достоверно большей частотой наблюдаются дизэнцефальные пароксизмы, дисфории и экстатические явления, сумеречные состояния сознания.

У больных алтайцев и русских имеется однотипный спектр симптомов, входящих в структуру психоорганического синдрома. Однако у алтайцев оказался достоверно выше показатель одного из его существенных признаков в виде плохой переносимости алкоголя (64,7% и 43,7%, соответственно), проявляющейся в особенностях клинической картины, развивающейся у них в связи с алкоголизацией. Данное явление можно в известной мере связать с более свойственными больным алтайской национальности такими проявлениями органической патологии, как гипоталамические пароксизмы, дисфории, сумеречные состояния сознания, которые во взаимодействии с эффектом действия алкоголя и вызывают у них своеобразные картины алкогольной патологии.

Заключение

В результате исследования создана информационная основа о психической патологии, требующей стационарного лечения, у взрослого населения Республики Алтай. Она включает сведения о структуре психических расстройств и их эпидемиологических показателях с учетом этнических и гендерных отличий. Использование полученных данных может быть полезным для дальнейшего изучения состояния психического здоровья у жителей республики и может способствовать проведению профилактических мероприятий и совершенствованию психиатрической лечебно-реабилитационной помощи ее населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский, Ю.А., Ромасенко Л.В. Психиатрическая помощь в общемедицинской практике // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 170–192.
2. Батуева Н.Г., Березанцев А.Ю. Клинико-психопатологические и кросскультуральные аспекты криминальной агрессии в судебно-психиатрической практике // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Вып. 3. Т. XIV. С. 44–48.
3. Бохан Н.А. Гендерно-зависимые особенности героиновой наркомании у подростков // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. СПб., 2005. С. 130.
4. Букреева Н.Д. Современные подходы к планированию, управлению и финансированию психиатрической службы // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конф. М., 2009. С. 135–136.
5. Вульф Э. Что дает этнопсихиатрия для понимания психических заболеваний // Независимый психиатрический журнал. 1995. № 2. С. 16–24.
6. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 39 с.

7. Голенков А.В., Николаев Е.Л., Калинина Е.В. Клинические и этнокультуральные факторы низкой выявляемости маниакально-депрессивного синдрома в Чувашии // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы рос. конф. М., 2003. С. 39–40.
8. Гурович И.Я. Взаимодействие с потребителями психиатрической помощи – важнейшая черта современных психиатрических служб // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конф. М., 2009. С. 144.
9. Демчева Н.К., Король И.С. Клинико-динамические характеристики психических расстройств и качество жизни у инвалидов вследствие психических заболеваний // Российский психиатрический журнал. 2010. № 2. С. 14–21.
10. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
11. Дуткин М.П. Этнокультуральный фактор в происхождении суицидального поведения // Молодой учёный. 2014. № 3(62). С. 1086–1088.
12. Енчинов Э.В. Луна в обычном праве алтайцев // Вопросы изучения истории и культуры народов Центральной Азии и сопредельных регионов. Кызыл: Тувинское кн. изд-во, 2006. С. 72–83.
13. Казаковцев Б.А. О реорганизации сети психиатрической помощи в Российской Федерации // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конф. М., 2009. С. 153–154.
14. Кекелидзе З.И. Психические расстройства, возникающие при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 219–240.
15. Коркина М.В., Лакошина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. М.: Медпресс-информ, 2004. 576 с.
16. Коханов, В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. М.: Практическая медицина, 2008. 448 с.
17. Лобачева Л.С. Динамика распространенности депрессивных состояний в последние десятилетия // XIV съезд психиатров России. М., 2005. С. 132–133.
18. Николаев Е.Л. Социокультуральные детерминанты психического здоровья. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005. 100 с.
19. Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н. Эпоха и этнос: проблемы здоровья личности. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004. 268 с.
20. Пивень Б.Н., Санашева И.Д., Шереметьева И.И. К вопросу о психической патологии в Республике Алтай (эпидемиологический и этнокультуральный аспект) // Психическое здоровье. 2010. № 2. С. 3–7.
21. Пивень Б.Н. Экологическая психиатрия. Барнаул: Изд-во АГМУ, 2001. 136 с.
22. Потапов Л.П. Очерки по истории алтайцев. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1953. 442 с.
23. Прощенко И.В., Зиньковский А.К. Особенности социального функционирования мужчин и женщин, больных параноидной формой шизофрении // XIV съезд психиатров России. М., 2005. С. 79.
24. Реверчук И.В. Сравнительная характеристика структуры пограничных психических расстройств у больных славянской и финно-угорской субпопуляций // Российский психиатрический журнал. 2007. № 4. С. 43–46.
25. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических ме-

- ханизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
26. Санашева И.Д. Психические расстройства у населения Республики Алтай (клинико-эпидемиологический, этнокультурный и гендерный аспекты): дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 135 с.
27. Семке В.Я. Типология и превенция кризисных состояний // XIV съезд психиатров России. М., 2005. С. 171–172.
28. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского: М.: Медицина, 1983. Т. I. С. 16–97.
29. Сойко В.В. Этнокультуральные факторы патоморфоза психических расстройств при эпилепсии // Украинський вісник психоневрології. Т. 13, Вып. 4(45). 2005. С. 65–68.
30. Суслова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
31. Тадина Н.И. Алтайская свадебная обрядность XIX–XX вв. Горно-Алтайск: Юч-Сюмер, 1995. 214 с.
32. Тюхтенева С.П. Алтайцы в XXI веке: этнокультуральная и социально-экономическая адаптация к изменяющимся условиям // Южная Сибирь в эпоху перемен: адаптационные возможности населения. М.: ИВ РАН, 2007. С. 178–218.
33. Тюхтенева С.П. Земля. Вода. Хан-Алтай. Этническая культура алтайцев в XX веке. Элиста: Изд-во КалмГУ, 2009. 169 с.
34. Хвостова О.И. Распространенность депрессивных и тревожных нарушений у алтайцев: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2002. 21 с.
35. Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т., Тарицина Т.А. Психотерапевтическая коррекция психогенно-обусловленных нарушений у женщин в климактерическом периоде // Психическое здоровье и безопасность в обществе. М., 2004. С. 132–133.
36. Чуркин А.А. Эпидемиология психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнамова и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 88–101.
37. Шатинова Н.И. Семья у алтайцев. Горно-Алтайск: Горно-Алтайское отд-ние Алтайского книжного изд-ва, 1981. 187 с.
38. Lim R.F., ed. *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, 2015, 630 p.
39. Guarnaccia P.J., Rogler L.H. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, Sept., vol. 156, iss. 9, pp. 1322–1327.
40. Pi E.H., Simpson G.M. Cross-Cultural Psychopharmacology: A Current Clinical Perspective. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2006, Jan., vol. 4, iss. 1, pp. 62–65.
41. Sims A.C. Problems in Practice and Research in Social Psychiatry. In: *Socialpsychiatrie*. Bonn, 1995. P. 165–175.
42. Wintrob R. Влияние еврейской культуры на культуральную психиатрию (личные размышления) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. № 2. С. 127–131.
43. Wittchen H. Epidemiological research in mental disorders: lessons for next decade of research. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, vol. 101, pp. 2–10.

REFERENCES

1. Aleksandrovskii Yu.A., Romasenko L.B. *Psikhiatricheskaya pomoshch' v obshche-meditsinskoj praktike* [Psychiatric support in general practice]. In: Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G. et al., eds. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [Psychiatry: The National Handbook]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009, pp. 170–192.
2. Batueva N.G., Berezantsev A.Yu. *Kliniko-psikhopatologicheskie i krosskul'tural'nye aspekty kriminal'noi agressii v sudebno-psikhiatricheskoi praktike* [Clinical, psychopathological and cross-cultural aspects of criminal aggression in forensic psychiatry]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii* [Bulletin of new medical technologies], 2007, vol. XIV, no. 3, pp. 44–48.
3. Bokhan H.A. *Genderno-zavisimye osobennosti geroinovoi narkomanii u podrostkov* [Gender-related specific of heroin addiction in adolescents]. In: *Aktual'nye problemy klinicheskoi, sotsial'noi i voennoi psikhiatrii* [Current problems of clinical, social and military psychiatry]. St. Petersburg, 2005, p. 130.
4. Bukreeva N.D. *Sovremennye podkhody k planirovaniyu, upravleniyu i finansirovaniyu psikhiatricheskoi-sluzhby* [Planning, managing and financing psychiatric service: actual approaches]. *Vzaimodeistvie spetsialistov v okazanii pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroistvakh: materialy obshcherossiiskoi konferentsi* [Proc. of Rus. Conf. «Specialists' interaction in providing aid to patients with mental disorders»]. Moscow, 2009, pp. 135–136.
5. Vul'f E. *Chto daet etnopsikhiatriya dlya ponimaniya psikhicheskikh zabolevanii* [Ethno-psychiatry contribution in understanding mental disorders]. *Nezavisimyy psikhiatricheskii zhurnal* [Independent psychiatric journal], 1995, no. 2, pp. 16–24.
6. Golenkov A.V. *Psikhicheskie rasstroistva kak mediko-sotsial'naya problema (regional'nyi aspekt): avtoref. dis. ...d-ra med. nauk* [Mental disorders as medical and social problem: regional aspect. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1998, 39 p.
7. Golenkov A.V., Nikolaev E.L., Kalinina E.V. *Klinicheskie i etnokul'tural'nye faktory nizkoi vyavlyaemosti maniakal'no-depressivnogo sindroma v Chuvashii* [Low detectability of manic-depressive syndrome in Chuvashia: clinical and cultural factors]. *Affektivnye i shizoaffektivnye rasstroistva: materialy rossiiskoi konferentsii* [Proc. of Rus. Conf. «Affective and schizoaffective disorders»]. Moscow, 2003, pp. 39–40.
8. Gurovich I.Ya. *Vzaimodeistvie s potrebitelyami psikhiatricheskoi pomoshchi – vazhneishaya cherta sovremennykh psikhiatricheskikh sluzhb* [Interaction with psychiatric support customers as major feature of modern psychiatric service]. *Vzaimodeistvie spetsialistov v okazanii pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroistvakh: materialy obshcheros. konf.* [Proc. of Rus. Conf. «Specialists' interaction in providing aid to patients with mental disorders»]. Moscow, 2009, pp. 144.
9. Demcheva N.K., Korol' I.S. *Kliniko-dinamicheskie kharakteristiki psikhicheskikh rasstroistv i kachestvo zhizni u invalidov vsledstvie psikhicheskikh zabolevanii* [Clinical-dynamic specific of mental disorders and quality of life of persons disabled due to mental diseases]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian psychiatric journal], 2010, no. 2, pp. 14–21.
10. Dmitrieva T.B., Polozhii B.S. *Etnokul'tural'naya psikhiatriya* [Ethno-cultural psychiatry]. Moscow, Meditsina Publ., 2003, 448 p.
11. Dutkin M.P. *Etnokul'tural'nyi faktor v proiskhozhdenii suitsidal'nogo povedeniya* [Ethno-cultural factor of suicidal behaviour origin]. *Molodoi uchenyi* [Young scientist], 2014, no. 3 (62), pp. 1086–1088.

12. Enchinov E.V. Luna v obychnom prave altaitsev [Moon in common law of Altai people]. *Voprosy izucheniya istorii i kul'tury narodov Tsentral'noi Azii i sopredel'nykh regionov* [Issues of historical and cultural studies of Central Asia and neighboring regions nations]. Kyzyl, Tuva Book Publ., 2006, pp. 72–83.
13. Kazakovtsev B.A. *O reorganizatsii seti psikhiatricheskoi pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii* [On Russian Federation psychiatric support network reform]. *Vzaimodeistvie spetsialistov v okazanii pomoshchi pri psikhicheskikh rassstroistvakh: materialy obshcheros. konf.* [Proc. of. Rus. Conf. «Specialists' interaction in providing aid to patients with mental disorders»]. Moscow, 2009, pp. 153–154.
14. Kekelidze Z.I. *Psikhicheskie rassstroistva, vznikayushchie pri chrezvychainykh situatsiyakh* [Mental disorders caused by emergency situations]. In: Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G. et al., eds. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [Psychiatry: The National Handbook]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009, pp. 219–240.
15. Korkina M.V., Lakosina N.D., Lichko A.E., Sergeev I.I. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2004, 576 p.
16. Kokhanov V.P., Krasnov V.N. *Psikhiatriya katastrof i chrezvychainykh situatsii* [Psychology of natural disasters and emergency situations]. Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2008, 448 p.
17. Lobacheva L.S. *Dinamika rasprostranennosti depressivnykh sostoyanii v poslednie desyatiletiiya* [Dynamic of depression prevalence in latest decades]. *XIV s'ezd psikhiatrov Rossii* [XIV Russian psychiatric congress]. Moscow, 2005, pp. 132–133.
18. Nikolaev E.L. *Sotsiokul'tural'nye determinanty psikhicheskogo zdorov'ya* [Socio-cultural determinants of mental health]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2005, 100 p.
19. Nikolaev E.L., Afanas'ev I.N. *Epokha i etnos: problemy zdorov'ya lichnosti* [Epoch and ethnos: issues of personality health]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2004, 268 p.
20. Piven' B.N., Sanasheva I.D., Sheremet'eva I.I. *K voprosu o psikhicheskoi patologii v Respublike Altai (epidemiologicheskii i etnokul'tural'nyi aspekt)* [On mental pathology in Altai Republic: epidemiological and ethno-cultural aspects]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health], 2010, no. 2, pp. 3–7.
21. Piven' B.N. *Ekologicheskaya psikhiatriya* [Ecological psychiatry]. Barnaul, 2001, 136 p.
22. Potapov L.P. *Ocherki po istorii altaitsev* [Essays on Altai national history]. Moscow; Leningrad, 1953, 442 p.
23. Proshchenko I.V., Zin'kovskii A.K. *Osobennosti sotsial'nogo funktsionirovaniya muzhchin i zhenshin, bol'nykh paranoidnoi formoi shizofrenii* [Specific of social functioning of male and female patients with paranoid schizophrenia]. *XIV s'ezd psikhiatrov Rossii* [XIV Russian psychiatric congress]. Moscow, 2005, p. 79.
24. Reverchuk I.V. *Sravnitel'naya kharakteristika struktury pogranychnykh psikhicheskikh rassstroistv u bol'nykh slavyanskoi i finno-ugorskoj subpopulyatsii* [Comparative characteristic of borderline mental disorders' structure in Slavic and Finno-Ugric patients]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian psychiatric journal], 2007, no. 4, pp. 43–46.
25. Repina L.L. *Etnokul'tural'nye osobennosti klinicheskoi fenomenologii nevroticheskikh rassstroistv i spetsifika zashchitnykh psikhologicheskikh mekhanizmov (na primere sravneniya udmurtskoi i russkoi subpopulyatsii): avtoref. dis. ... kand. med.*

- nauk* [Ethno-cultural specific of neurotic disorders clinical phenomenology and psychological defense mechanisms: comparison of Udmurt and Russian subpopulation. PhD Thesis]. Kazan, 2004, 24 p.
26. Sanasheva I.D. *Psikhicheskie rasstroistva u naseleniya Respubliki Altai (kliniko-epidemiologicheskii, etnokul'turnyi i gendernyi aspekty): dis. ... kand. med. nauk* [Mental disorders of Altai Republic population: clinical-epidemiological, ethno-cultural and gender aspects. PhD Diss]. Moscow, 2011, 135 p.
27. Semke V.Ya. *Tipologiya i preventsiya krizisnykh sostoyanii* [Typology and prevention of critical state]. *XIV s'ezd psikhiatrov Rossii* [XIV Russian psychiatric congress]. Moscow, 2005, p. 171–172.
28. Snezhnevskii A.B. *Klinicheskaya psikhopatologiya* [Clinical psychopathology]. In: *Snezhnevskii A.B., ed. Rukovodstvo po psikhiatrii* [Psychiatry handbook]. Moscow, Meditsina, 1983, vol 1, pp. 16–97.
29. Soiko V.V. *Etnokul'tural'nye faktory patomorfoza psikhicheskikh rasstroistv pri epilepsii* [Ethno-cultural factors of mental disorders pathomorphism of epilepsy]. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii* [Ukrainian Bulletin of psychoneurology], 2005, vol 12, no. 4 (45), p. 65–68.
30. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive nature of self-other system in patients with neurotic disorders]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta imeni N.A. Nekrasova* [Bulletin of Kostroma State university after N.A. Nekrasov], 2009, vol. 15, no. 1, pp. 328–332.
31. Tadina N.I. *Altayskaya svadebnaya obryadnost' XIX–XX vv.* [Marriage rites in XIX–XX century Altai]. Gorno-Altaysk, 1995, 214 p.
32. Tyukhteneva S.P. *Altaiysy v XXI veke: etnokul'tural'naya i sotsial'no-ekonomicheskaya adaptatsiya k izmenyayushchimsya usloviyam* [Altai population in XXI century: ethno-cultural and socioeconomic adaptation to changing life conditions]. In: *Yuzhnaya Sibir' v epokhu peremen: adaptatsionnye vozmozhnosti naseleniya* [South Siberia in epoch of changes: adaptive capabilities of population]. Moscow, 2007, pp. 178–218.
33. Tyukhteneva S.P. *Zemlya. Voda. Khan-Altai. Etnicheskaya kul'tura altaitsev v XX veke* [Earth. Water. Khan-Altay. Ethnic culture of Altai population in XX century]. Elista, Kalmyksii State University Publ., 2009, 169 p.
34. Khvostova O.I. *Rasprostranennost' depressivnykh i trevozhnykh narushenii u altaitsev: avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Prevalence of anxiety and depression disorders in Altai population. PhD Thesis]. Tomsk, 2002, 21 p.
35. Tsygankov B.D., Dzhangil'din Yu.T., Taritsina T.A. *Psikhoterapevticheskaya korektsiya psikhogenno-obuslovlennykh narushenii u zhenshchin v klimaktericheskom periode* [Psychotherapeutic correction of psychogenic disorders of women in climacteric period]. In: *Psikhicheskoe zdorov'e i bezopasnost' v obshchestve* [Mental health and safety in society]. Moscow, 2004, pp. 132–133.
36. Churkin A.A. *Epidemiologiya psikhicheskikh rasstroistv* [Epidemiology of mental disorders]. In: *Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G. et al., eds. Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [Psychiatry: The National Handbook]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2009, pp. 88–101.
37. Shatinova N.I. *Sem'ya u altaitsev* [Family in Altai population]. Gorno-Altaysk, 1981, 187 p.

38. Lim R.F., ed. *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, 2015, 630 p.
39. Guarnaccia P.J., Rogler L.H. Research on Culture-Bound Syndromes: New Directions. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, Sept., vol. 156, iss. 9, pp. 1322–1327.
40. Pi E.H., Simpson G.M. Cross-Cultural Psychopharmacology: A Current Clinical Perspective. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2006, Jan., vol. 4, iss. 1, pp. 62–65.
41. Sims A.C. Problems in Practice and Research in Social Psychiatry. In: *Socialpsychiatrie*. Bonn, 1995. P. 165–175.
42. Wintrob R. *Vliyanie evreiskoi kul'tury na kul'tural'nyyu psikhiatriyu (lichnye raz-myshleniya)* [Influence of Jewish culture on cultural psychiatry (personal thoughts)]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian bulletin of psychiatry and narcology], 2007, no. 2, pp. 127–131.
43. Wittchen H. Epidemiological research in mental disorders: lessons for next decade of research. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, vol. 101, pp. 2–10.

Шереметьева И.И., Санашева И.Д. Клинико-эпидемиологические и социокультурные особенности психической патологии у жителей Республики Алтай // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 17–38.

Аннотация

Введение. Изучалась выраженная психическая патология у взрослого населения Республики Алтай для создания информационной базы, способствующей оптимизации психиатрической помощи в регионе.

Материал и методы исследования. Проведено сплошное клинико-статистическое исследование 996 взрослых больных Горно-Алтайской республиканской психиатрической больницы, которые были разделены на три группы. Первую группу составили алтайцы (29,1%). Вторую – русские (63,7%). Третью – представители других этносов (7,2%). Клинически исследовано и наблюдалось 205 больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга.

Результаты и обсуждение. Выявлена структура психических расстройств без болезней зависимости: шизофрения (34,5%), органические заболевания головного мозга (20,9%), эпилепсия (7,1%), умственная отсталость (7,7%), психозы позднего возраста (6,6%), расстройства личности (9,8%), другие формы (13,4%). У мужчин достоверно больший удельный вес, чем у женщин, имеют органические заболевания головного мозга, расстройства личности и болезни зависимости. У женщин – шизофрения и психозы позднего возраста. Больные трёх этнических групп имеют одинаковый спектр психических заболеваний. У алтайцев выше показатели по шизофрении, органическим заболеваниям головного мозга, эпилепсии и умственной отсталости, ниже – по психозам позднего возраста и болезням зависимости. Показатели расстройств личности идентичны. У больных мужского пола разной этничности структура психической пато-

логии повторяет общую структуру. У женщин-алтаек более высокие показатели по шизофрении и эпилепсии, у русских – по психозам позднего возраста и болезням зависимости. Установлено, что данные различия обусловлены комплексом социокультурных факторов. У больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в рамках ведущего психоорганического синдрома наблюдаются разнообразные бессудорожные пароксизмальные состояния.

Заключение. Необходимо проведение системных профилактических мероприятий и совершенствование психиатрической лечебно-реабилитационной помощи населению Республики Алтай.

Ключевые слова: психические расстройства, социокультурные факторы, алтайцы, русские, экзогенно-органическая патология.

Информация об авторах:

Шереметьева Ирина Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Россия, 656038, г. Барнаул, пр-т Ленина, д. 40, тел. +7 3852 366165, sheremeteva-ira@mail.ru.

Санашева Ирина Дмитриевна, кандидат медицинских наук, главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Республики Алтай «Психиатрическая больница», Россия, 649002, г. Горно-Алтайск, ул. Шоссейная, д. 25, тел. +7 38822 49028, rpb.gorny@mail.ru.

Sheremeteva I.I., Sanasheva I.D. Kliniko-epidemiologicheskie i sotsiokul'turnye osobennosti psikhicheskoi patologii u zhitelei Respubliki Altai [Clinical, epidemiological and sociocultural characteristics of psychiatric pathology in residents of Republic of Altai] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 17-38.

Abstract

Introduction. A marked mental pathology in the adult population of the Altai Republic was studied to create an information database, which can help optimise mental health care in the region.

Material and methods. A massive clinical and statistical study of 996 adult patients of the Gorno-Altai Republic Psychiatric Hospital was conducted. The patients were divided into three groups. The first group consisted of Altaians (29.1%), the second one – of Russians (63.7%), the third one – of representatives of other ethnoses (7.2%). 205 patients with exogenic organic brain diseases were clinically studied and examined.

Results and discussion. The structure of mental disorders without addictions was revealed: schizophrenia (34.5%), organic brain disease (20.9%), epilepsy (7.1%), mental deficiency (7.7%), old age psychosis (6, 6%), personality disorders

(9.8%), other forms (13.4%). Men have organic brain disorders, personality disorders and diseases of addiction on a scale larger than that of women. Women tend to suffer from schizophrenia and old age psychosis. The patients of all the three ethnic groups have the same range of mental illnesses. The Altaians' indexes of schizophrenia, organic brain disease, epilepsy and mental deficiency are higher, those of old age psychosis and disease of addiction are lower. Personality disorder indexes are the same. The structure of mental pathology of the male patients of different ethnicity repeats the general structure. The Altai women's indexes of schizophrenia and epilepsy are higher, the Russian women's indexes of old age psychosis and disease of addiction are higher. It was discovered that these differences are caused by a complex of sociocultural factors. Patients with exogenic organic brain diseases can display various non-convulsive paroxysmal states, which are part of the main psycho-organic syndrome.

Conclusion. It is necessary to take systematic preventive measures and improve the psychiatric treatment and rehabilitation of the Altai Republic population.

Keywords: mental disorders, socio-cultural factors, Altai, Russian, exogenic organic pathology.

Information about authors:

Sheremeteva Irina, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychiatry, Medical Psychology and Addiction Medicine Department, Altai State Medical University; 40, Lenina pr., Barnaul, 656038, Russia, Tel. +7 3852 366165, *sheremeteva-ira@mail.ru*.

Sanasheva Irina, M.D., Ph.D in Medicine, Doctor-in-chief of Altai Republic Psychiatric Hospital; 25, Shosseynaya ul., Gorno-Altaysk, 649002, Russia, Tel. +7 38822 49028, *rpb.gorny@mail.ru*.

Поступила: 18.08.2015

Received: 18.08.2015

УДК 616.89
ББК Р64+Ю971-7

ЕВРОПЕЙСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

В. Рутц

*Университет прикладных наук, Кобург, Германия
Каролинский институт и Университет Упсалы, Швеция*

В последние годы стратегии здравоохранения, опирающиеся на возможности социальной психиатрии, незаслуженно остаются в тени, подвергаются сомнениям или вообще признаются устаревшими. Роль социальной психиатрии в развитии общества и его социально-политического дискурса сегодня игнорируется, а современная психиатрия определяется, в основном, как психоневрологическая и биологическая наука, опирающаяся на специфические представления о поведении человека из сферы нейрокогнитивных и фармакологических познаний.

Отмечается растущий рост критики психодинамических и социальных концепций психического здоровья человека, которые акцентируют внимание на социально-экономических, психологических и экзистенциальных факторах. Невольно возникает ощущение возрождения старых конфликтов между качественными и количественными подходами, между биологическими позитивистскими и гуманистически герменевтическими научными взглядами. Кажется, что биологический (чаще генетический) редукционизм начинает все больше и больше доминировать в области психиатрии и психического здоровья.

Однако «медицина является социальной наукой..., а политика является не чем иным, как прикладной медицинской наукой в более широком контексте». Именно так утверждал в 1848 г. выдающийся патологоанатом, хирург, политик и общественный деятель Рудольф Вирхов в своем журнале «Медицинская реформа».

Он яростно отстаивал свою убежденность в том, что врачи как представители медицины должны стать адвокатами больных и обездоленных. Этот тезис, выдвинутый им задолго до сформулированной Дж. Энгелем в 1982 году «биопсихосоциальной модели болезни», приобретает в условиях нарастающей маргинализации современного общества наивысшую актуальность.

Это особенно верно для социальной медицины и социальной психиатрии, которые в рамках медицины и здравоохранения остаются теми специальностями, которые в своих позитивных устремлениях и возможностях соединяют естественнонаучные и гуманитарные научные основы, формируя конкретную целостную и действенную позицию, развивают профилактические и терапевтические стратегии дальнейших действий.

Новые перспективы социальной психиатрии

Несмотря на серьезные успехи современной науки в области нейропсихиатрии и нейропсихологии, стоит указать на достаточно высокую социальную ответственность представителей психологических и психиатрических профессий, которые призваны своевременно обращать внимание общества на тревожащие сигналы и ситуации и выступать в роли своеобразного катализатора, восстанавливающего гуманистическую направленность развития общества.

Подобное сознание профессионала также опирается на его представления об эпигенетическом взаимовлиянии наследственности и среды, познания в области биологии и психологии, об экзистенциальных условиях, нейропластичности и развитии дисфункциональной или функциональной нейронной структуры, связанной с состояниями психического напряжения или патологии, а также на представления о взаимосвязи ранней «привязанности» в детском возрасте и последующей структурной стабильности в зрелом возрасте.

Эти знания также включают в себя новые сведения о роли, к примеру, серотонина, дофамина, норадреналина, окситоцина и эндорфина в медиации индивидуальных процессов социализации и преодоления стресса, которые часто сопровождаются состояниями беспомощности, утратой контроля, агрессией, депрессией, преждевременной смертью и форсированной регрессией. Здесь также задействованы и эндорфинные механизмы развития зависимости посредством стимуляции мозговой системы поощрения.

Европейская панорама социальных изменений

В современной Европе, выходящей далеко за рамки Европейского Союза и включающей также страны бывшего Советского Союза, простирающейся от Ирландии до Владивостока и от Гренландии до Мальты, все в большей степени проявляются последствия радикальных, драматических и стремительных социальных изменений [3, 9]. Драматические изменения особенно заметны на примере социальных структур стран Восточной Европы, которые относительно не-

давно стали независимыми, а также проявляются в странах Центральной Европы и в некоторых частях Западной Европы, где за последние десятилетия произошли кардинальные социальные сдвиги.

Это находит свое отражение преимущественно в показателях самоубийств мужчин, где можно четко выделить три группы стран. Первая группа стран с незначительными изменениями в показателях суицидов: отражает традиционные общества с консервативными гендерными ролями и устойчивыми негативными религиозными взглядами на суицид. Сюда относятся центрально-азиатские страны.

Следующий кластер объединяет страны, где в прошлом сильные традиционные структуры в течение последних десятилетий претерпели значительные социальные изменения, где потрясения в обществе привели к резкому увеличению самоубийств, отражая нахождение общества в состоянии переходного стресса. Рост числа самоубийств стал здесь одним из крайних его выражений. В эту группу входят страны Балтии, Россия, Белоруссия и некоторых страны Центральной Европы.

Третья группа стран с более стабильными показателями суицидов, расположенных в промежутке между первыми двумя кластерами, где изменения, происходящие в течение последних пятидесяти лет, позволяют обществам медленно адаптироваться к новым реалиям. Сюда западноевропейские и южные европейские государства [4].

Кроме того, можно добавить, что сегодня мы наблюдаем увеличение самоубийств на юге Европы, в частности, в греческой группе риска, что опять же отражает состояние смятения в обществе и в его населении из-за риска, вызванного политикой резкой экономии Европейского валютного союза [1].

Особенно пострадали мужчины, в среде которых резкие и быстрые изменения вызвали 10-кратное увеличение числа самоубийств, когда параллельно с преобразованиями традиционных социальных структур, поведенческих моделей и гендерных ролей, распадом семей, безработицей и понижением профессионального статуса теряется традиционная мужская роль «главы семьи и кормильца» [6, 20]. С этим зачастую связана потеря «смыслообразующих» структур, когда, например, схожая с религией «политическая» идеология общества с ответами на все вопросы и предсказуемым будущим после его распада вдруг превращается в экзистенциальный вакуум с потерей смысла жизни, надежды и перспектив на будущее.

В западноевропейских странах также возникли проблемы с психическим здоровьем, прежде всего в группах населения, подверженных в большей степени связанному с изменениями стрессу: молодые женщины в Скандинавии, молодежь в Финляндии и Англии, фермеры в Уэльсе и Ирландии, подростки во Франции, пожилые сельчане в Португалии, Испании, на острове Готланде (Швеция) и в Литве, иммигранты в Дании и лица, ищущие убежища в Швеции, а также коренное население Гренландии и северной Швеции [4].

Очевидно, что наиболее серьезным последствием в этих группах высокого риска является «социальный синдром», характеризующийся повышенной смертностью и ростом риска заболеваний, связанных со стрессом и психическими нарушениями. Он заключается в депрессии, насилии, агрессии, алкоголизме, наркомании и их эквивалентах, самоубийстве, деструктивном образе жизни, рискованной манере поведения, увеличении рисков несчастных случаев на рабочем месте и на транспорте, росте смертности и заболеваемости в связи с нарушениями мозгового кровообращения и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также сахарным диабетом [15, 18].

Эти индивидуальные последствия стресса, согласно статистике, отражаются и на общем состоянии общества и ведут к тому, что в некоторых странах резко ухудшилось психическое и физическое здоровье населения – с резким сокращением продолжительности и качества жизни [23].

Одним из примеров является Россия, где на рубеже тысячелетия отмечено резкое уменьшение численности населения, прежде всего мужского населения трудоспособного возраста. Демографический кризис депопуляции населения страны (более 1 млн в год в период 1992–2008 годов) во многом связан с преждевременной смертностью населения по внешним причинам, связанным с травмами и несчастными случаями, на рабочих местах и в транспорте, утоплением, несчастными случаями, убийствами и самоубийствами, а также смертями в связи с насилием и другими травмами [4, 21]. Одним из следствий стало то, что правительство объявило о социальном кризисе в связи с ухудшением ситуации в области здравоохранения и приступило к внедрению национальной программы по улучшению психического здоровья населения, все еще не утратившей своей актуальности.

Помимо этого, в социуме в результате психологического воздействия стресса формируются модели регрессивных феноменов, которые особенно заметны в частях Европы, охваченных страхом внут-

ренных конфликтов, риска гражданской войны и терроризма, например, в Израиле, Испании, России, Северной Ирландии и на Балканах.

Исследования показывают прежде всего рост нетерпимости, фундаментализма, ортодоксальности, паранойяльного изоляционизма («кто не за нас, тот против нас»), потребности в сильном «лидере», «законе и порядке», распространенном черно-белом мышлении и одновременном акцентировании на социальные группы «козлов отпущения» с тенденцией изолирования «чужих», «инакомыслящих», сексуальных меньшинств, больных и всех иных видов отклонений от социальных норм. В результате – слишком мало обсуждаются последствия страха терроризма.

Индивидуальные и социальные факторы здоровья

Кроме того, Всемирная организация здравоохранения ВОЗ в различных комплексных глобальных докладах, например, Всемирном докладе по здравоохранению за 2001 и 2003 гг., привела научные психосоциальные доказательства, которые могут быть добавлены к основным факторам, определяющими психическое здоровье.

Существует, например, единодушное мнение, что должны иметься определенные предпосылки как на уровне всего общества, так и на индивидуальном уровне, чтобы обеспечить содействие укреплению здоровья и профилактике заболеваний и предотвратить функциональные нарушения. Эти факторы часто попадают под влияние социальных изменений и вызванного ими стресса, а также являются последствием индивидуальных жизненных кризисов и болезней, связанных с функциональными нарушениями [2].

Дисфункция проявляется следующим образом: потеря идентичности и достоинства, нравственной чистоты личности и социальной профессиональной позиции, способности к самоопределению в своей жизни, чтобы «быть в команде», но не находиться под контролем анонимных сторонних сил, быть способным самостоятельно вызывать изменения и не оставаться беспомощным в процессе их преодоления.

К этому добавляются «аномия» и размытые ценностные ориентиры в обществе, потеря смыслообразующих структур, экзистенциальной сплоченности и социально-культурного понятия «Родина», чувства взаимосвязи и смысла жизни, зачастую рука об руку с потерей социальных связей и социальной значимости.

В то время как Виктор Франкл считал, что жизнь должна быть осмысленной, а Зигмунд Фрейд утверждал, что мы все испытываем потребность любить и быть любимыми, всем нам необходимо

быть значимым и нужным, а также иметь «ближнего», на которого можно положиться в случае беды или обратиться за помощью.

В скандинавских странах, например, отчетливо прослеживается тенденция, когда выраженные процессы секуляризации идут рука об руку с утратой семейных связей и прежней сплоченности, а в службе охраны психического здоровья наблюдается исключительный акцент на увеличении финансирования и максимизации прибыли. Данные процессы часто сопровождаются переходом на инструменталистские и редуccionистские взгляды на человека и его психические нарушения, и как следствие, инструментальной позицией в отношении пациентов и специалистов, способствуя росту пренебрежения к гуманистическому измерению психических страданий, психической устойчивости и самой человеческой жизни.

Во многих обществах сегодня люди вынуждены видоизменять свою жизнь, принимать новые системы ценностей, отказываться от идеологических или религиозных воззрений, которым надлежало бы следовать. Особенно мужчинам нелегко справляться с признанием безработицы, потерей гордости, достоинства и идентичности, утратой роли кормильца или главы семьи, которые прежде имели решающее значение для самоуважения и уважения других людей в традиционном обществе [13].

Кроме того, многие люди сегодня столкнулись с необходимостью справляться с непредсказуемостью или бессмысленностью существования, чего они прежде не испытывали в такой же степени. Следствия семейных кризисов в Дании и Швейцарии и ситуация с беженцами, гражданскими войнами и колоссальными изменениями на Балканах свидетельствуют о том, что, несмотря на максимальную травматизацию обоих полов, зачастую женщины лучше и оперативнее сохраняют способность восстанавливать социальные связи и социальную значимость, держать под контролем чувства и возрождать смыслообразующие структуры в своей жизни. Мужчины гораздо в большей степени проявляют беспомощность, апатию, агрессию, признаки рискованного поведения, попадают в ситуации насилия и подвержены суицидальным тенденциям [6].

Заболееваемость и смертность как психосоциальные феномены

Тяжелым последствием вышесказанного служит то, что экономические проблемы наравне со стрессом, вызванным социальными и индивидуальными преобразованиями, могут повлиять на основополагающие элементы общества и бытия человека. Так, в некоторых странах, переживающих кардинальные социальные изменения, от-

мечаются рост убийств и тяжких телесных повреждений, повлекших за собой смерть потерпевшего, направленных в том числе и против детей, который девятикратно превышает средний показатель Европейского Союза. И это с учетом того, что в начале 90-х годов соответствующие показатели были в этих странах лишь немного выше среднего показателя по ЕС.

Как уже упоминалось, население России в конце 90-х годов ежегодно уменьшалось примерно на один миллион жителей, опять-таки по причине слишком ранней смертности в прямой связи с обусловленной стрессом болезнью, нарушением социального функционирования и душевными переживаниями.

Вследствие этого, исходя из европейской макроперспективы, можно подтвердить, и это также доказано на опытах с животными, что индивидuum в результате длительного серьезного стресса, чувства безнадежности и беспомощности не только ломается, но и становится неспособным справляться со стрессом, приспосабливаться к новым условиям жизни. Подобные индивидуумы начинают проявлять агрессию по отношению друг к другу, причем жертвой может стать ближайшее окружение.

Вопрос заключается в следующем, должна ли повышенная склонность к применению силы как в определенных молодежных группах населения, так и в группе людей с ослабленной психикой или психическими нарушениями рассматриваться не только как следствие ухудшения ситуации в сфере политики семейных отношений, профилактики здорового образа жизни и школьного воспитания, но и как результат усиливающегося расслоения, фрагментации общества и возрастающего социального стресса.

Однако есть и хорошие новости. Так, страны Балтии после жесточайшего ухудшения ситуации в середине 1990-х гг. на рубеже столетий вновь проявили тенденции позитивных изменений. Например, снизилась смертность, вызванная насилием, самоубийствами, сердечно-сосудистыми заболеваниями и несчастными случаями, по-видимому, в результате роста оптимизма, возвращения надежды, увеличения возможностей для проявления собственной инициативы, восстановления самоопределения, улучшения соучастия и предсказуемости в обществе – всех основных человеческих потребностей, связанных с социальной трансформацией.

Международные инициативы

Анализ данной проблемы и реализация возможности социальной реабилитации и социального «восстановления» привели к интенсификации международного и особенно европейского взаи-

модействия со Всемирной организацией здравоохранения в последние несколько десятилетий. Эта работа в основном сфокусирована на следующем:

- преждевременной смертности в связи со стрессом и депрессией, включая сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи, самоубийства и агрессию;
- психиатрических проблемах подростков и молодых взрослых;
- потребности в анализе ситуации, описании проблем и учете ресурсов в различных европейских странах и группах риска этих стран;
- стигматизации, дискриминации и разграничении психически больных, иммигрантов и других маргинальных групп;

В связи с этими направлениями деятельности предприняты усилия, чтобы пробудить политическое осознание важности психического и духовного здоровья, а также необходимости гуманной, лично-ориентированной «человеколюбивой» политики.

Созданы международные рабочие группы, обеспечивающие политическую поддержку международных исследований с помощью «центров передового опыта» и «центров сотрудничества», проводящие реализацию научно-исследовательских программ и обобщение научных данных [14].

Согласованные на международном уровне усилия обеспечили включение проблемы психического здоровья населения все большим числом стран в политическую повестку дня.

Основные направления международной политики здравоохранения

Как следует из докладов ВОЗ, бремя системы здравоохранения психическими расстройствами и психическими заболеваниями огромно, что затрагивает как сам недуг и социальные функции, так и качество жизни и финансовые расходы.

15% экономического бремени общественного здравоохранения страны связаны исключительно со строго определенными группами, имеющими психиатрический диагноз. Если к этому прибавить прочие состояния и психические нарушения, различные формы депрессии и болезней, вызванных стрессом, то в этом случае вы получите до 50% расходов на здравоохранение в стране.

Сегодня доступны новые возможности для укрепления здоровья, первичной профилактики, лечения и реабилитации. Они не только связаны с отдельными этапами прогресса психотерапии или фармакотерапии, но, прежде всего, достигаются за счет инте-

грации различных вариантов поддержки и лечения в единую комплексную терапевтическую программу, отражающую постулат о взаимосвязи состояния души и тела.

Это требует междисциплинарных, мультипрофессиональных и многомерных подходов, задействующих различные дисциплины и все сектора общества в целях как терапевтического укрепления здоровья, так и профилактики социума в целом и индивидуума в частности [17]. Здесь недостаточно подчеркнуть важность предотвращения разделения между социальной и психотерапевтической, гуманистической терапией, с одной стороны, и нейропсихиатрическими, медицинскими генетически позитивистскими подходами – с другой.

Считается, что возможный конфликт между качественной и количественной доказательными базами, между окружающей средой и биологией, является не более чем фикцией. Здесь новые научные открытия приобретают огромную важность, такие, как, например, распознавание нейропластичности мозга в постоянном взаимодействии позитивной окружающей среды и церебральной силы, с одной стороны, со всеми негативными воздействиями окружающей среды, церебральной дисфункцией и структурной патологией – с другой.

Анализ имеющихся препятствий

Препятствием на пути к позитивному применению существующих знаний и разработке основанных на этом стратегий прежде всего является отсутствие интереса и знаний среди политических лидеров и других ответственных лиц, принимающих решения, а также среди специалистов-медиков.

Различия между физическим экологическим сознанием и интересами психического здоровья в органах власти, принимающих решения, поразительны. Если сегодня можно заблокировать строительство аэродромов, дорог и мостов путем протестов экологически сознательных граждан, зачастую на основании принятия во внимание существования надлежащей среды обитания животных и растений, то реализация возведения жилых районов, транспортных сетей, изменения на рынке труда, финансово-бюджетной политики и изменения окружающей среды, которые глубоко противоречат человеческой природе, представляются на рассмотрение крайне редко.

Одна из причин, возможно, до сих пор существующие табу и стигматизация, обременяющие проблемы психического здоровья и

заболеваний, либо стыд обращения за помощью, часто также являющиеся собой следствие самостигматизации психологически уязвимых людей.

Другими причинами являются нереальная самоидеализация либо алекситимическая неспособность вербализации своих страданий и просьб о помощи, которые по-прежнему чаще всего встречаются у мужчин.

Как сейчас можно исправить эту ситуацию? Общественность должна быть в курсе того, как важно и каким капиталом является психическое здоровье населения. Со стигматизацией и табу можно справиться, для этого существуют признанные во всём мире соответствующие программы.

Профессиональной стигматизации и самостигматизации, точно определенным в работе психиатров системы общественного здравоохранения, можно противодействовать путем внимательного отношения к позиционированию, оказанию финансовой помощи и финансированию карьерных возможностей как в административной, так и академической сферах.

Это не только оценка дополнительной нейропсихологической специализации как «передового опыта», но и то, что делает психиатрию и работу по восстановлению психического здоровья привлекательным и интересным делом, прежде всего выдвигая на передний план укрепление психического здоровья, которое формируется и предлагается персонально для каждого, уважает основные условия гуманного отношения к обществу в целом и отдельному индивидууму в частности и проявляет интерес как к патологии и лечению, так и к саногенезу и первичной профилактике социальной и индивидуальной направленности.

Число молодых людей, которые хотят строить свою работу по укреплению здоровья на основе гуманистических ценностей, растет. Необходим, по-возможности, рост привлекательности профессий, направленных на укрепление здоровья.

Сегодня уже существует большое количество политических документов и деклараций ООН, ВОЗ, ЕС и его организаций, декларирующих психическое здоровье как фундаментальное право человека, предоставляющее каждому гражданину доступ к участию в группах общественной психологической поддержки в децентрализованных командах – там, где он живет своей повседневной жизнью, и экзистенциально, социально и психологически чувствует себя как дома.

Соответствующий документ, подчеркивающий важность психического здоровья в Европе, был подписан в 2005 году в Хельсинки на конференции министров Европейских стран и ратифицирован правительствами европейских держав. На этой встрече министров был принят план мероприятий на последующее десятилетие, обязательный для всех европейских правительств. Европейский союз присоединился к нему вместе с «Зеленой книгой» о психическом здоровье, представленной на конференции министров здравоохранения Европейского Союза, утвержденной ими и приведшей к принятию «Закона о Европейском психическом здоровье».

Общество в стрессе

При ближайшем рассмотрении описанного «социального синдрома», состоящего из депрессии, агрессии, наркомании, насилия, саморазрушающего и суицидального поведения, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, несчастных случаев, рискованного образа жизни и социального «морального безумия», а именно – потери этической моральной иерархии ценностей, мы ясно видим, как эти состояния связаны с дефицитом в переменных, которые мы рассматриваем сегодня в качестве наиболее важных факторов, определяющих психологическое, психическое и физическое здоровье:

- значимость, экзистенциальная включенность в социум и сплоченность;
- этические моральные ценности, которые интегрированы в личную иерархию ценностей;
- социальная значимость и социальные возможности;
- самоопределение и самоконтроль вместе с самоидентичностью, интегрированностью и индивидуальным чувством собственного достоинства.

Опыт социальных изменений и стресса в европейских странах, подтвержденный сегодня: для сохранения здоровья людям необходимо иметь смысл жизни, возможность любить и быть любимым, а также им необходимы самоопределение, автономия, самоидентичность и чувство собственного достоинства.

Практические выводы

Согласно вышеизложенному, структуры профилактики, реабилитации и здравоохранения испытывают потребность в профессиональной, политической и общественной поддержке. Она важна для всех членов меняющегося общества на уровне как всего

общества в целом, так и каждого индивидуума в частности. Психическое здоровье, являющееся общественным капиталом, должно получить поддержку.

Для этого необходимы усилия всех секторов общества как на национальном, так и на региональном и местном уровнях. Учреждения, необходимые в сбалансированной системе охраны психического здоровья и социального обеспечения пациентов, нуждаются в дополнительной помощи и поддержке неинституциональных организаций и некоммерческих обществ.

Одним из приоритетных направлений здесь является поддержка человека в его стремлении к персональной ответственности, самостоятельности и психического самоисцеления путем привития социальных навыков, продвижения социальных контекстов и содействия способности сохранять социальную значимость.

Необходимо поддерживать реальное представление пациента о самом себе, чтобы обеспечить возможность адекватного поведения при обращении за помощью. Это особенно верно для молодежи и мужчин, которые зачастую ввиду нереального восприятия и самостигматизации отказываются принять предложенную помощь, они не способны своевременно сигнализировать о своей потребности в помощи.

Программы и мероприятия

Для повышения ответственности, толерантности, автономии, демократии и психического здоровья гражданского общества в Европе, например на Балканах или в Северной Ирландии, были разработаны стратегии, которые доказали, что можно эффективно противодействовать регрессивным социальным явлениям, характерным для общества в состоянии стресса, зачастую сопровождающимся внутренними кризисами и конфликтами, а именно: нетерпимостью, фундаментализмом, социальной маргинализацией меньшинств и «козлов отпущения».

Меры по укреплению психического здоровья социально-ориентированной психиатрии должны включать в себя социальную ответственность, являющуюся неотъемлемой частью профессии. Пришло время внедрения инновационной мультипрофессиональной психосоциальной концепции укрепления здоровья в психиатрию, социологию, социальную психологию и экзистенциальную экспертизу.

Целью является повышение степени осведомленности и знаний о динамических и регрессивных механизмах, которые могут

скрываться за психопатологией, что в настоящее время характеризует индивидуальный и социальный стресс эры социальных изменений, создающий огромные проблемы.

Здесь вновь следует подчеркнуть человеческую потребность в самоопределении, участии, социальной значимости, реалистичных эго-идеалов и экзистенциальном контексте смысла бытия. Важно подчеркнуть, что демократический плюрализм ценностей, а также акцент на основные этические и моральные нормы необходимы для формирования и усвоения индивидуальных этических, моральных и духовных правил.

Смыслообразующие структуры социального, религиозного, идеологического и/или философского характера необходимы, чтобы преобразить общество, то есть выражая это биологически-редукционистски – они поддерживают основу и необходимы для церебральной системы человека точно так же, как и серотонин, дофамин, эндорфины и другие механизмы.

Новые нейропсихиатрические и эпигенетические исследования доказали обязательность духовных потребностей человеческого существования и тот факт, что «не хлебом единым жив человек».

Надлежит серьезно относиться к базальным условиям биологических и психических функций человека и тем самым проявлять уважение к основополагающей «*Conditio Humana*», чтобы тело и душа воспринимались как единое и неделимое целое.

Психосоциальная психиатрия должна играть в этом решающую роль [16]. Эта профессия более не может восприниматься без учета социальной ответственности. На сегодняшний день недостаточно одних эксклюзивных приоритетов новомодных стратегий психотерапевтического лечения или высокостатусных нейропсихиатрических исследований. Надлежит внедрять системы экономической и научной мотивации, стимулирующие карьерный рост, новые стратегии, исследования и оценки психосоциальных и экзистенциальных условий здоровья человека.

Без этого мы рискуем получить продолжающийся перевес редукционистских и упрощенных научных и лечебных стратегий, некоторые из них напоминают псевдоучение о связи психических особенностей человека с формой его черепа, так называемую «френологию», даже если их прячут в современную упаковку внутримозговой локализации или генетической предпосылки.

Социум экологии человека

Необходимы научные и иные способы мотивации врачей, психологов, социологов и специалистов других сопутствующих

профессий по-новому взглянуть на социальную психологию и социальную психиатрию. Целью должна служить более специализированная и интегрированная система поддержки, встроенная в ментальную, духовную, физиологическую структуру общества с учетом экологии человека.

Некоторые группы риска в пределах Европы заслуживают особого внимания: сельскохозяйственные районы в «новой Европе» переживают в настоящее время интенсивные структурные изменения и так называемую эффективизацию, где население зачастую должно попрощаться с консервативными системами ценностей, в которых преобладают консервативная этика и гордость, связанные с профессиональной и социальной идентичностью, что зачастую высоко ценилось обществом и семьями этих людей. Примерно три четверти этих крестьян и фермеров в ближайшие десятилетия, вероятно, будут вынуждены поменять профессию и, тем самым, образ жизни и систему ценностей. Они должны будут принять и тот факт, что ставится под вопрос их ответственность за семью, подворье, более не гарантирована их способность проявить себя в экономике сельского хозяйства и более не действует традиционная система ценностей. Даже если прежде удавалось справиться с такими трудностями жизни, как неурожай, тяжелый труд и экономические проблемы, то в ближайшем будущем нельзя будет исключить из их жизни депрессию и склонность к наркомании, изоляции, социальной декомпенсации и связанные с ними, обусловленные стрессом такие заболевания, как гипертония, болезни сердца, аутоиммунные заболевания и диабет.

Чтобы избежать этого, помощь со стороны общества должна быть доступной и предложена в приемлемой для этих групп населения форме. Для этого необходимы вспомогательные системы, учитывающие индивидуальные потребности, аспекты интегрированности в сообщество и ценности этой группы населения, например, иногда в первую очередь следует принять во внимание традиционные гендерные роли такого сообщества.

К этому добавляется необходимость осознания политиками и другими лицами, принимающими решения, того факта, что общество в стрессовых условиях происходящих изменений требует не только экономической поддержки решения материальных проблем, но и активной единой стратегии оказания помощи гражданам, чтобы дать им шанс справиться с трансформацией образа жизни.

Мы встречаем подобные проблемы в группах иммигрантов, в культурах, в которых религиозность, духовность и совместный

поиск смысла жизни изо дня в день формируют жизнь и в которых семья, родственники, клан или сообщество играют важную роль. Чтобы чувствовать себя комфортно в новом обществе «принимающей страны», требуется переоценка всего того, во что прежде верили и чем руководствовались. Эти культурные и ценностные контрасты зачастую особенно тяжело переживают представители молодого поколения, которые не могут справиться с конфликтом между культурами принимающей страны и своей семьи, рискуя путем чрезмерного усвоения чужой культуры потерять связь и поддержку собственной семьи, не будучи в итоге полностью или своевременно принятыми обществом принимающей страны.

Приведенные примеры показывают, что зачастую необходима инновационная, междисциплинарная и многоотраслевая социопсихиатрическая и социопсихологическая стратегия, выявляющая и анализирующая взаимосвязь и возможности положительных синергетических связей между экзистенциальным и духовным, психосоциальным и биологическим состояниями человека.

Это, в свою очередь, вызывает потребность в персонифицированных гуманных методах поддержки, мерах по укреплению здоровья, лечения, анализа и консультаций, которые не умножают беспомощность, нарушают целостность и ущемляют интегрированность в социум и самооценку пациента, а, напротив, повышают самооценку, придают осознание собственной ценности и поддерживают социальную значимость, осмысленность существования, нравственную чистоту и достоинство.

Для этого необходимо задействовать, обучить, проинформировать как профессионалов, работающих в сфере оказания психологической помощи и укрепления психического здоровья, так и политиков и иных лиц, принимающих решения, трудовые коллективы, школы и другие социальные службы.

Инвестиции в психическое здоровье

Психическое здоровье населения является одним из самых драгоценных сокровищ общества. Вопросы психического здоровья должны учитываться при обсуждении экологии здоровья, укрепления здоровья и инвестиций в здоровье. Политики и иные лица, принимающие решения, должны знать, какой эффект оказывают их решения на психическое и физическое здоровье населения, находящегося в их юрисдикции [7].

Сегодня политики и другие лица, принимающие решения, часто недостаточно осведомлены о том, что материальные и экологи-

ческие последствия обусловлены их политическим выбором, поэтому при необходимости обращаются к соответствующим анализам. Однако, когда речь заходит о влиянии политических решений на психическое здоровье населения, которое, по меньшей мере, столь же важно, актуально и показательно в отношении расходов на лечение, этому до сих пор уделяется недостаточно внимания.

Как в социальных структурах, так и в частных компаниях регулярно составляется экономический баланс, напротив, баланс здоровья, особенно баланс психического здоровья, по-прежнему в значительной степени неизвестен и не находит своего применения. Необходимо проводить регулярный анализ психического здоровья населения [5, 10].

Осознание экологии человека может найти применение не только для изменения психологического климата и физической окружающей среды, но и в качестве срочной меры воздействия на человека в период социальных изменений. Также нельзя исключить «ментальные цунами». Ни одна страна, даже наше богатое, «развитое» общество, не может позволить себе в долгосрочной перспективе игнорировать потребности продвижения и сохранения психического здоровья. Психическое и эмоциональное здоровье населения требует постоянной поддержки и инвестиций.

Хотя проблемы в нашем обществе, возможно, стоят не столь остро, как в странах Восточной Европы и постсоветского пространства, где за последние два десятилетия имели место драматические социальные изменения [8, 22], в условиях нынешнего экономического кризиса мы видим сегодня начало аналогичной драмы и в других странах Европы [3, 9]. Но даже в относительно стабильных странах существуют слои населения, которые находятся в зонах риска, где проблемы рынка труда, школьная неуспеваемость, распад семьи и кризис смысла жизни уже привели к тревожным симптомам психических расстройств.

Подростковый суицид, проблемы психического здоровья пожилых людей, психологическое состояние иммигрантов и лиц, ищущих убежища, феномен маргинализации общества, проблемы наркомании и смертности наркоманов, безработица и ее последствия, особенно среди молодых людей, уже сейчас сигнализируют о предстоящих проблемах в долгосрочной перспективе [19].

Срочно необходим новый подход в решении социальных проблем [16]. Предлагаемые пути решения и обязательные к исполнению декларации международных организаций уже приняты и

ратифицированы [17]. Имеются и признаны профессиональным сообществом весомые доказательства социологических, антропологических, психологических и нейропсихиатрических исследований [11, 12]. Появился первый осознанный взгляд политиков на ту огромную разницу между инвестициями в сохранение психологического здоровья и расходами на лечение психических заболеваний. Необходимы срочные инвестиции в укрепление психического здоровья, модели решения проблемы уже существуют, но они должны найти более широкое применение [14].

Необходимость есть: Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что к 2020 году депрессивные состояния станут одной из важнейших причин заболеваемости в мире.

Нет здоровья без психического здоровья

Организация Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения и Европейский Союз отдают сегодня приоритет мерам по укреплению психического здоровья, первичной профилактике психических расстройств, а также политике в области здравоохранения с акцентом на психическое здоровье.

Несколько лет назад тогдашний комиссар ЕС в области здравоохранения Маркос Киприану констатировал: «... Психическое расстройство может быть столь же опасным, как и физические страдания, например, рак. ... Ежегодно все больше европейцев умирают по причине самоубийства, чем от несчастных случаев и убийств. ...Общество, которое мы сотворили, причиняет психологические страдания несмотря на это, на удивление мало внимания уделяется психологическим расстройствам и психическим заболеваниям... Психические проблемы – это «невидимый убийца» в Европе и невидимый убийца Европы – и я полон решимости, чтобы изменить это».

Основным препятствием на пути к нахождению конструктивных решений – как в политике, так и в профессии – служит все еще существующий редуccionистский конфликт между социологическими, психотерапевтическими/духовными или биологическими методами и подходами.

Ни одна из этих точек зрения и методик по отдельности не отражает всего комплекса человеческих процессов и, соответственно, не сможет оказать на них позитивного воздействия. Интегративная, единообразная поддержка мер по укреплению психического здоровья, оказываемая по мультипрофессиональному и многоотраслевому принципу, встречающая политическое, профес-

сиональное и общественное содействие со стороны высокопоставленных и уважаемых членов общества, получающая долгосрочное регулярное финансирование, является единственным и насущным решением для того, чтобы вывести систему обеспечения психического здоровья и первичную профилактику на передний план, чего она заслуживает с учетом нашего социального развития и кардинальных социальных изменений как в Европе, так и во всем мире.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Antonakakis N., Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science & Medicine*, 2014, vol. 112, pp. 39–50. doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.019.
2. Bøen H., Dalgard O.S., Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socioeconomic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr*, 2012, no. 12, p. 27. doi: 10.1186/1471-2318-12-27.
3. Buffel V., Van de Velde S., Bracke P. The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed, and the non-employed. *Soc. Sci. Res.*, 2015, no. 54, pp. 263–288. doi: 10.1016/j.ssresearch.2015.08.003.
4. European Health for All database (HFA-DB). Available at: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (Accessed 25 November 2015).
5. Füredi J., Mohr P., Swingler D., Bitter I., Gheorghe M.D., Hotujac L., Jarema M., Kocmur M., Koychev G.I., Mosolov S.N., Pecenek J., Rybakowski J., Svestka J., Sartorius N. Psychiatry in selected countries of Central and Eastern Europe: an overview of the current situation. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, no. 114(4), pp. 223–231.
6. Hausmann A., Rutz W., Benke U. Women seek for help – men die! Is depression really a female disease? *Neuropsychiatr.*, 2008, no. 22(1), pp. 43–48 [in German].
7. Hinterhuber H., Rutz W., Meise U. Mental health and society. *Neuropsychiatr.*, 2007, no. 21(3), pp. 180–186 [in German].
8. Ignatyev Y., Assimov M., Dochshanov D., Ströhle A., Heinz A., Mundt A.P. Social characteristics of psychological distress in a disadvantaged urban area of Kazakhstan. *Community Ment. Health J.*, 2014, no. 50(1), pp. 120–125. doi: 10.1007/s10597-013-9610-x.
9. Lepiéce B., Reynaert C., Jacques D., Zdanowicz N. Poverty and mental health: What should we know as mental health professionals? *Psychiatr Danub.*, 2015, no. 27, Suppl. 1, pp. 92–96.
10. Mundt A.P., Frančišković T., Gurovich I., Heinz A., Ignatyev Y., Ismayilov F., Kalapos M.P., Krasnov V., Mihai A., Mir J., Padruchny D., Potočan M., Raboch J., Taube M., Welbel M., Pribe S. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS One*, 2012, no. 7(6), e38490. doi: 10.1371/journal.pone.0038490.
11. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.

12. Nikolaev E.L. Sociocultural aspects of suicidal behavior: perspectives for prevention. Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry (Tromsø, Norway, 5-8 June 2012). Tromsø, 2012, p. 13.
13. Petunova S.A., Nikolaev E.L. Mental health risks in unemployed residents of Chuvashia. *Psihijatrija Danas*, 2012, vol. 44, no. S, p. 147.
14. Reed G.M., Rebello T.J., Pike K.M., Medina-Mora M.E., Gureje O., Zhao M., Dai Y., Roberts M.C., Maruta T., Matsumoto C., Krasnov V.N., Kulygina M., Lovell A.M., Stona A.C., Sharan P., Robles R., Gaebel W., Zielasek J., Khoury B., de Jesus Mari J., Luís Ayuso-Mateos J., Evans S.C., Kogan C.S., Saxena S. WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *Lancet Psychiatry*, 2015, no. 2(5), pp. 379–380. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00183-2.
15. Rutz W. A need to rethink social psychiatry in Europe. *The Lancet*, 2004, vol. 363 (9421), p. 1652.
16. Rutz W. A need to rethink social psychiatry. *Int. J. Public Health*. 2007, no. 52(3), pp. 137-139.
17. Rutz W. Rethinking mental health: a European WHO perspective. *World Psychiatry*, 2003, no. 2(2), pp. 125-127.
18. Rutz W. Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, vol. 113 (s429), pp. 95–100.
19. Rutz W. Suicidal behaviour: comments, advancements, challenges. A European perspective. *World Psychiatry*, 2004, no. 3(3), pp. 161–162.
20. Rutz W., Klotz T. Healthy lifestyles and help-seeking in males-no improvement in sight. *Psychiatr. Prax.*, 2007, no 34(8), pp. 367-369. [in German].
21. Shkolnikov V.M., Meslé F. The Russian Epidemiological Crisis as Mirrored by Mortality Trends. In: Russia's Demographic 'Crisis': How Real Is It? Report. Jan 1, 1997. Available at: http://www.rand.org/pubs/conf_proceedings/CF124.html (Accessed 25 November 2015).
22. Sørli T., Sørgaard K.W., Bogdanov A., Bratlid T., Rezvy G. Prevalence and characteristics of suicide attempters and ideators among acutely admitted psychiatric hospital patients in northwest Russia and northern Norway. *BMC Psychiatry*, 2015, no. 15, p. 187. doi: 10.1186/s12888-015-0545-3.
23. Stickley A., Koyanagi A., Roberts B., McKee M. Urban-rural differences in psychological distress in nine countries of the former Soviet Union. *J. Affect. Disord.*, 2015, no. 178, pp. 142–148. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.020.

Рутц В. Европейская перспектива здоровья в период социальных изменений // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 39–59.

Аннотация. Роль современной психиатрии в развитии общества часто игнорируется, а сама психиатрия больше определяется как психоневрологическая и биологическая наука, опирающаяся на специфические представления из сферы нейрокогнитивных и фармакологических знаний. Несмотря на успехи современных нейронаук, психиатры и психологи несут большую социальную ответственность, поскольку они призваны своевременно обращать внимание общества на тревожащие сигналы и

выступать в роли своеобразного катализатора, восстанавливающего гуманистическую направленность социального развития. В современной Европе все больше проявляются последствия стремительных социальных изменений, отражающихся на состоянии физического и психического здоровья населения. Многие вынуждены менять свою жизнь, принимать новые системы ценностей, отказываться от традиционных идеологических или религиозных убеждений. Многие столкнулись с необходимостью справиться с непредсказуемостью или бессмысленностью существования, чего они не испытывали прежде. В связи с этим на международном уровне согласованные действия обеспечили включение все большим числом стран в политическую повестку дня проблемы психического здоровья населения. Несмотря на это, вопросы охраны психического здоровья нуждаются в профессиональной, политической и общественной поддержке, важной для всех членов изменяющегося общества. Для этого необходимы усилия всех секторов общества как на национальном, так и на региональном и местном уровнях. В дополнительной поддержке общественных и негосударственных некоммерческих организаций нуждаются учреждения, участвующие в охране психического здоровья. Часто необходимы инновационные стратегии, активизирующие потенциал и возможности положительных синергетических связей между экзистенциальным и духовным, психосоциальным и биологическими уровнями функционирования человека. Европейская перспектива здоровья в период социальных изменений видится нам в интегративной и единообразной поддержке мер по укреплению психического здоровья, осуществляемых на мультипрофессиональном и многоотраслевом уровнях, которая опирается на политическое, профессиональное и общественное содействие со стороны властных структур и наиболее авторитетных членов общества.

Ключевые слова: социальная психиатрия, психическое здоровье, социальные изменения, международная политика здравоохранения, Европа, ВОЗ.

Информация об авторе:

Рутц Вольфганг, доктор философии (медицина), профессор, старший советник по общественному и международному психическому здоровью, Университет прикладных наук, г. Кобург, Германия, Каролинский институт, г. Стокгольм, Швеция, Университет Упсалы, г. Упсала, Швеция. Surbrunnsgatan 40, 11348, Stockholm, Sweden, Тел. +46 6115858. wolfgang@rutz.se.

Rutz W. Evropeiskaya perspektiva zdorov'ya v period sotsial'nykh izmenenii [European health perspective in time of social changes] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 39-59.

Abstract. The role of modern psychiatry in the development of society is often ignored, and psychiatry itself is mostly defined as a psychoneurological and biological science, which is based on specific notions from the neurocogni-

tive and pharmacological spheres. Despite the advances in modern neurosciences, psychiatrists and psychologists bear a great social responsibility as it is their duty to promptly draw public attention to any disturbing signals and act as a catalyst, restoring the humanistic orientation of social development. In today's Europe the consequences of rapid social changes affecting the physical and mental health of the population get more and more evident. A lot of people have to change their lives, adapt to a new value system, renounce traditional ideological or religious beliefs. A lot of people faced the necessity of coping with the uncertainty or meaninglessness of existence, which they had not experienced before. In this connection internationally agreed actions ensured that the mental health problems were put on the political agenda by more and more countries. Despite this, solving mental health care problems need to be professionally, politically and socially supported, and this support is of importance to all the members of the changing society. This requires the efforts of all the sectors of the society at the national level, as well as at the regional and local ones. Mental health care institutions need extra support of non-government and independent non-commercial organisations. Innovative strategies that activate the potential and possibilities of positive synergies between the existential and spiritual, psychosocial and biological levels of human functioning are often necessary. European health prospect during the social changes depends, as we see it, on the integrative and consistent support of the multiprofessional and multi-sectoral measures of mental health promotion, and the support should rely on the political, professional and social assistance from the authorities and most respected members of society.

Keywords: social psychiatry, mental health, social changes, international health policy, Europe, WHO.

Information about author:

Wolfgang Rutz, M.D., Ph.D., Professor in Social Psychiatry, Honorary Professor, Senior Advisor in Public and International Mental Health; University for Applied Sciences, Coburg, Germany; Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, Uppsala University, Uppsala, Sweden. Surbrunnsgatan 40, 11348, Stockholm, Sweden, Tel. +46 6115858. wolfgang@rutz.se.

Поступила: 14.11.2015

Received: 14.11.2015

УДК 616.24-002.5:316.4

ББК Р542-18

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

С.А. Петунова

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

Введение

Вопросы интеграции в практику современной клинической медицины психологических знаний о природе здоровья и болезни относятся к разряду наиболее актуальных [7], поскольку они помогают в необходимых случаях учитывать психосоматические механизмы развития и течения заболевания [4], получать углублённые представления об адаптационных возможностях пациента [13, 17], степени его активности в лечении [8], в том числе при таком социально опасном заболевании, как туберкулёз [9, 18].

Общеизвестно, что отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо. Однако психологический анализ показывает, что отношение конкретного человека, оставаясь уникальным, может быть описано через принадлежность этого отношения к определенным психологическим типам отношений, то есть через выявление сходства с уникальными по своей природе отношениями других людей [10].

Под типом отношения к болезни подразумевается совокупность представлений пациента о своем заболевании, его ощущений и переживаний в связи с болезнью, а также эмоциональных реакций. По мнению В.Д. Менделевича, тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни». Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно разделить на социально-конституциональные и индивидуально-психологические. Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими – свойства темперамента, особенности характера и качества личности [6]. Субъективное

отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» [5], концепцией болезни, нозогнозией.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) впервые ввел А.Р. Лурия, продолживший развитие идей А. Гольдшейдера об «аутопластической картине заболевания». По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным [3]. Под «внутренней картиной болезни» Лурия предлагал понимать «всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самопереживание, его представление о своей болезни, о её причинах... – весь тот огромный мир больного, который складывается с довольно сложных составляющих восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [5, 14].

Настоящая внутренняя картина болезни не всегда совпадает с жалобами больных и, конечно, часто не соответствует данным объективного обследования. Сегодня внутренняя картина болезни понимается как система психической адаптации, которая имеет в своей основе механизмы психологической защиты и копинг-поведения, которые формируются в защитных целях для снижения эмоциональной напряженности и преодоления трудностей, вызванных заболеванием [14].

Первоначальное представление о структуре ВКБ, включающей два уровня (сенситивный и интеллектуальный), в дальнейшем было дифференцировано путем выделения четырех уровней: 1) чувственный – комплекс болезненных ощущений; 2) эмоциональный – переживание заболевания и его последствий; 3) интеллектуальный – знание о болезни и ее реальная оценка; 4) мотивационный – выработка определенного отношения к заболеванию, изменение образа жизни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление [3].

Выделяются различные обстоятельства, которые, несомненно, принимают участие в формировании ВКБ: объективные условия жизни больного (социальные условия, объективная тяжесть заболевания, объективный прогноз, степень витальной угрозы), субъективные факторы (направленность больного, уровень общей активности, особенности самосознания, весь комплекс преморбидных особенностей личности), ситуационные факторы, в особенности связанные с лечением (тяжесть и длительность ле-

чебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала и т.п.) [15].

Субъективная оценка своего состояния и характера болезненных симптомов редко бывает адекватной, так ряд серьезных соматических заболеваний длительное время протекают бессимптомно, а при сильных аффективных реакциях возможно большее количество жалоб без объективной патологии [1].

Многочисленные клинические наблюдения показывают, что на начальных этапах заболевания, когда симптомы еще незначительны, реакция на болезнь может проявляться ее отрицанием либо преуменьшением значимости последствий и возможных осложнений, что подтверждается психодиагностическими исследованиями. Противоположная картина наблюдается при заболеваниях с ярко очерченной клинической картиной, хроническим течением, наличием болевых ощущений либо иных телесных или душевных страданий, при которых с наибольшей частотой проявляют себя дезадаптивные типы отношения к болезни [16].

Сравнительный анализ реакций на болезнь у детей с выражением туберкулиновых проб и разными формами активного туберкулеза легких показал, что в раннем периоде инфицирования туберкулезом у детей 10–14 лет в 50% имеют место преимущественно адаптивные типы отношения к данному состоянию, в структуре которых анозогностический тип отношения к болезни составлял 15,6%, а у заболевших туберкулезом легких частота встречаемости адаптивных типов отношения к болезни (ТОБ), включая анозогностический, снижалась в 3–5 раз. Установлена высокая значимость диагноза как психотравмирующего и стигматизирующего фактора. При положительной динамике в процессе лечения анозогнозия снова выступала на первое место, защитными механизмами становились отрицание перенесенного заболевания, отстранение от прошлого и гиперсоциальное поведение. Таким образом, не форма туберкулезного процесса имеет решающее значение в формировании внутренней картины болезни и ТОБ, а тяжесть заболевания, длительность лечения [12].

Исследователями также подчеркивается весомый вклад не только личностных, но и микросоциальных факторов в формирование отношения больных туберкулезом к своему заболеванию [18, 22]. При туберкулезе легких отмечены высокий уровень социальной тревожности и низкий уровень качества жизни, страх социальной изоляции, что имеет гендерные особенности [20]. Уровень самооценки больных туберкулезом тесно связан с особенностями

восприятия ими отношения других людей [19]. Очень большую роль играет стигматизация больных туберкулезом со стороны своего социального окружения [21]. Все это напрямую отражается на приверженности лечению [22-24] – ведь вопрос несоблюдения пациентами предписаний врача, «срывов» лечения способствует формированию устойчивых форм заболевания и рецидивов.

Цель работы – определение типов отношения к болезни, обладающих у больных туберкулезом легких и психосоциальных переменных, обуславливающих отношение к болезни этих пациентов. К числу изучаемых переменных отнесены длительность заболевания, пол, трудовая занятость, образование, наличие семьи, информированность о болезни, взаимоотношения с окружающими, наличие вредных привычек.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера Минздрава Чувашии в г.Чебоксары. Выборку исследования составили пациенты стационара и амбулаторного отделения в количестве 60 чел. с диагнозом туберкулез легких, в том числе 55 человек (91,6%) с закрытой формой (отсутствии бацилловыделения); 5 человек (8,4%) имеют открытую форму данной патологии (бацилловыделение). Из них 40 мужчин и 20 женщин, возраст от 20 до 79 лет. Возрастная группа от 25 до 44 лет является доминирующей – 21 человек (35%). У 57 человек (94,4%) диагноз установлен впервые и у 3 человек (5,6%) – повторно. Диагноз поставлен менее 2 месяцев у 25 человек (41,7%), от 2 до 6 месяцев – 19 человек (31,7%), от 6 месяцев до 1 года – 13 человек (21,6%), 3 человека (5%) находятся на лечении более года. Результаты исследования профессионального состава больных показали, что большинство пациентов – это рабочие – 33 человека (55,6%); служащие – 5 (8,3%); занятые в сельском хозяйстве – 2 (2,7%); учащиеся – 2 (2,7%); пенсионеры – 3 (5,6%); безработные – 15 (25,1%).

В работе использовались клиническое интервью и психодиагностические методики:

1) анкета Е.М. Богородской с соавт. (2006) для определения у пациентов социально-демографических показателей, социальных факторов риска, информированности о заболевании, приверженности лечению, отношения к болезни и социуму [11];

2) методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [10].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel». Для обработки результатов исследования и выявления взаимосвязей данные были подвергнуты корреляционному анализу. Подсчитывался коэффициент корреляции Пирсона. Результаты корреляционного анализа учитывали наличие значимой статистической связи на уровне $p = 0,05$ при значении коэффициента корреляции не меньше критического значения 0,25.

Результаты исследования и их обсуждение

Субъективная оценка комплекса болезненных ощущений исследуемых (чувственный уровень ВКБ) проводилась посредством клинического интервью и анкетирования. Результаты указывают на то, что большинство пациентов (78,3%) считают, что у них нет тяжелых клинических проявлений болезни, в особенности это характерно для исследуемых с впервые выявленным туберкулезом легких в первый месяц болезни и более трех месяцев госпитализации. Субъективно это создает восприятие себя как здорового. К числу симптомов болезни большинство опрошенных отнесли: слабость, сонливость (66,7%), потоотделение (75%), боли в области спины (28,3%), проблемы с ЖКТ (63,3%). Наибольшее количество симптомов отмечают пациенты в начальный период приема лекарств.

Эмоциональный уровень ВКБ определялся особенностями реагирования пациентов на заболевание и его последствия. На вопрос «Как Вы отнеслись к тому, что у Вас обнаружили туберкулез?» 25% опрошенных ответили, что впали в панику, 22,2% закрылись и ушли в себя, но большинство – 52,8% спокойно отнеслись к диагнозу. Общий фон настроения у большинства пациентов хороший и оптимистичный – 83,3%, 16,7% отмечают у себя перепады настроения. 94,4% верит в положительный исход лечения, 5,6% не могут однозначно ответить на этот вопрос, при этом 5,6% не хотят продолжать лечение. Наличие страхов и тревоги отмечено у 35% исследуемых. Переживания связаны с неопределенностью их профессионального будущего, беспокойством за здоровье родных.

Надо отметить, что в ходе исследования группа пациентов (12 человек), в основном женщины, отказалась от участия в анкетировании и диагностике. Результаты наблюдения и беседы с медицинским персоналом указывают на наличие у данных пациентов депрессивных, апатичных и гневных эмоциональных реакций, что явилось показанием для консультации психотерапевта.

При оценке когнитивного уровня ВКБ нами учитывались представления пациентов о сроках лечения, собственных возможностях в борьбе с болезнью, особенностях формирования информационной среды. «Сколько времени Вам нужно, чтобы вылечиться?» – отвечая на данный вопрос, 22,2% считают, что полгода, 19,4% – один год, 11,1% – указывают три-четыре месяца, что говорит об их адекватной оценке своего состояния, характера болезни и лечения. О недостаточной информированности может свидетельствовать такой ответ на данный вопрос, как «не знаю» – 47,2% [8].

Исследование особенностей формирования информационной среды больных туберкулезом показало, что большинство опрошенных стремятся расширить свои знания о болезни – 83,4% , а у 8,6% нет данной потребности. В качестве основного источника информации для основной массы пациентов являются лечащие врачи и медперсонал больницы – 35,8%, а для 30,6% – стенгазеты в поликлинике. Интернет как источник информации является вторым по популярности для 23,2%. Кроме вышеуказанных были также отмечены: научно-популярная литература, периодическая печать, другие больные и родственники. Причем в результате общения с другими больными туберкулезом у 72,2% появилось желание и уверенность в исходе лечения, у 19,4% желание лечиться не изменилось, а 5,6% утверждают, что в результате обмена информацией с другими пациентами желание лечиться пропало и они стали принимать не все препараты. По мнению самих пациентов, они склонны больше доверять мнению квалифицированных специалистов, дополняя информацию посредством Интернета. Отсутствие информации мотивирует больных к самостоятельному ее поиску, источник которой может быть не всегда достоверным и надежным. Кроме того, большинство опрошенных – 83,4% считают, что инициатива должна исходить от медицинского персонала, так как есть проблемы, связанные с болезнью, о которых пациенты даже не догадываются либо которые отрицаются ими в силу действия защитных механизмов. Так на вопрос: «Вы знаете, какой болезнью легких болеете?» – 66,7% ответили: «Туберкулезом», а 33,3% ответили, что не знают. Причем во всех случаях у больных диагноз установлен. Некоторая неопределенность была выявлена при ответе на вопрос: «Можно ли от Вас заразиться этой болезнью?» – 8,3% считают, что да; 22,2% – считают, что нет; 69,5% – не знают [5].

Мотивационно-поведенческий компонент ВКБ подразумевает изменение образа жизни и актуализацию деятельности, направ-

ленной на выздоровление, готовности придерживаться лечебных предписаний. Если факт наличия вредных привычек является косвенной причиной возникновения заболевания туберкулезом, то употребление алкоголя и никотина во время лечения не только снижает его эффективность, но и усугубляет состояние больного. Среди опрошенных больных 63,9% курящих, из них употребляют алкоголь каждую неделю (несмотря на болезнь) – 5,6%, употребляют по большим праздникам – 83,3%, не употребляют – 8,3% . Причем, несмотря на заболевание, не отказались от вредных привычек 50%. Нежелание больных отказаться от пагубных привычек в определенной степени свидетельствует о нарушении предписаний врача, нежелании менять свой образ жизни, помогая процессу выздоровления. Отвечая на вопрос: «Кто должен Вам помочь вылечиться?» – 44,4% считают, что врачи и медперсонал, 50% – убеждены, что исход лечения зависит только от них самих; 5,6% – надеются на помощь родственников и друзей. В качестве места лечения опрошенные указывают такие варианты, как «больница» – 30,6%; «жить дома, но каждый день приходиться за таблетками» предпочитают 58,2%; «хочу, чтобы таблетки привозили домой» – так считают 5,6% , и для 5,6% – «не имеет значения».

Использование в работе данных опросника ТОБОЛ позволит углубить результаты исследования ВКБ пациентов с туберкулезом легких. Исходя из полученных результатов, преобладающие ТОБ были сгруппированы в три блока. Первый блок состоит из 30 человек (50%) и включает эргопатический (22 человека – 36,7%), анозогнозический (6 человек – 10%) и гармоничный (2 человека – 3,3%) типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Второй блок (4 человека – 6,7%) включает тревожный (3 человека – 5%) и ипохондрический (1 человек – 1,7%) ТОБ, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения отсутствуют в данной выборке. В третий блок (12 человек – 20%) вошли сенситивный (11 человек – 18,3%), эгоцентрический (1 человек – 1,7%) ТОБ, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Дисфорический и паранойяльный типы отношения у данных испытуемых не выражены. Смешанные типы отношения к болезни: эргопатиче-

ский-анозогнозический – 6 человек (10%), эргопатический-сенситивный – 5 человек (8,3%), меланхолический-сенситивный – 1 человек (1,7%), апатический-паранойальный – 1 человек (1,7%), эргопатический-тревожный – 1 человек (1,6%).

Преобладание эргопатического типа у больных характеризуется стремлением продолжать работу, сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. В данной группе нет ни одного пациента со статусом безработного. Средний возраст до 35 лет. Результаты оценки изменений материального положения больными показали, что 59,1% считают, что их материальное положение ухудшилось, 40,9% – полагают, что оно существенно не изменилось. По мнению больных, их тревожит неопределенность дальнейшей профессиональной карьеры, так как наличие туберкулеза в диагнозе может стать причиной утраты трудоспособности или невозможности работы по своей специальности. Беспокойство за свою дальнейшую судьбу, наличие материальных проблем негативно сказываются на их эмоциональном состоянии, заставляют их скрывать болезнь от сослуживцев, знакомых. У 40,9% опрошенных никто из знакомых (кроме родственников) не знает о заболевании, а 9,1% вообще никому не рассказали о диагнозе.

При интерпретации типа реагирования на болезнь учитывались содержательные характеристики «зачетных» утверждений по темам опросника. Анализ ответов исследуемых эргопатического ТОБ показал, что они стараются «скрыть плохое самочувствие от окружающих», «не позволяют себе из-за болезни предаваться унынию и грусти». В отношении лечения проявляют готовность «на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни», при этом возлагают надежды на медицинский персонал. В общении с окружающими «стараются не говорить о болезни», «родным и близким не показывать виду, что больны, чтобы не омрачать им настроения», убеждены, что «несмотря на болезнь, надо продолжить работу (учебу)».

Результаты корреляционного анализа указывают наличие статистически значимой связи между эргопатическим ТОБ и сроком заболевания менее 2 месяцев ($r = 0,437$ при $p < 0,05$), семейным положением ($r = 0,242$ при $p < 0,05$), а также обратной корреляции со статусом безработного ($r = -0,512$ при $p < 0,05$).

Для пациентов со смешанным эргопатическим-анозогнозическим ТОБ характерно желание прервать лечение, мотивируя это, с

одной стороны, необходимостью зарабатывать деньги, а с другой – отсутствием субъективных жалоб на самочувствие в целом. Считают, что их «самочувствие вполне удовлетворительно», «опасность моей болезни врачи преувеличивают» и «ни в каком лечении не нуждаются», а состояние их здоровья «не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу», с окружающими «стараясь не говорить о своей болезни», и в целом их здоровье «пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее».

Несмотря на то, что анозогнозический тип отношения к болезни относится к группе адаптивных, многочисленные клинические наблюдения показывают, что он оправдан на начальных этапах заболевания как реакция отрицания, преуменьшения значимости возможных последствий болезни. Пациенты с данным ТОБ в ходе интервью указывают на отсутствие у них каких-либо клинических симптомов болезни, имея в анамнезе отрицательные результаты бактериального посева, сомневаются в точности диагноза, необходимости приема препаратов и стационарного лечения. Группу риска составляют безработные пациенты, так как, по оценкам врачей, именно безработные больные чаще нарушают больничный режим и имеют перерывы в приеме лекарств. Отсутствие необходимости в листе нетрудоспособности, а также тяжелых клинических проявлений болезни (в особенности на начальных этапах) субъективно создает восприятие себя как здорового и, как следствие, приводит к срывам в лечении. Кроме того, в ходе оценки мотивационно-поведенческого аспекта ВКБ именно данная категория больных имеет вредные привычки и, несмотря на диагноз, не желает от них отказываться. 5 исследуемых в данной категории пациентов находились в местах лишения свободы. Своё самочувствие считают «вполне удовлетворительным», стараются «не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью», равнодушны к процессу лечения и работе, а здоровье «не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется», не считают, что болезнь «может существенно отразиться на моем будущем».

Анозогнозический ТОБ имеет положительную корреляцию со статусом безработного ($r = 0,528$ при $p < 0,05$), отсутствием желания отказываться от вредных привычек ($r = 0,265$ при $p < 0,05$), стажем заболевания более 6 месяцев ($r = 0,465$ при $p < 0,05$), средним образованием ($r = 0,287$ при $p < 0,05$).

У больных с сенситивным типом отношения к болезни на первый план в структуре болезни выступает эмоциональный уровень.

Они отмечают колебания в настроении, опасаясь неблагоприятного отношения со стороны знакомых, скрывают диагноз, вынуждены перестраивать свои отношения с окружающими, по их мнению, «здоровые люди не способны понять больных, так как не переживали того, что переживают больные» – 45,5%. 36,36% чувствуют отличия между собой и окружающими, так как «приходится ограничивать свое общение с окружающими». Результаты оценки отношений с родными, наоборот, показали, что «семья стала более внимательно ко мне относиться, проявляя заботу и поддержку» – 54,54%. Первичная реакция на болезнь «закрылись и ушли в себя». «Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим», малейшие неприятности, связанные с болезнью, их сильно огорчают, их «пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением», негативный эмоциональный фон сказывается на взаимоотношениях с окружающими, они «стесняются своей болезни даже перед близкими», стараются, «чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни», а окружающие ее не замечали.

Среди впервые выявленных больных присутствует положительная корреляция с сензитивным ТОБ ($r = 0,412$ при $p < 0,05$). Данный ТОБ также коррелирует с наличием у пациентов семьи ($r = 0,510$ при $p < 0,05$), чувства отличия между собой и окружающими ($r = 0,586$ при $p < 0,05$), переменчивости настроения ($r = 0,312$ при $p < 0,05$).

В подгруппе исследуемых с эргопатическим-сензитивным ТОБ (все мужчины, рабочих специальностей) в ходе интервью и опроса были выявлены признаки так называемой социальной фобии, они стесняются говорить о своем заболевании, проявляют опасения за здоровье близких, испытывают чувство вины, считают, что «близкие и друзья стали избегать общения с ними», самочувствие зависит от того, как относятся к ним окружающие, «настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем». Больше всего в болезни угнетает то, что «люди стали сторониться». Переживают, что из-за болезни их «близких ждут трудности и невзгоды», поэтому считают, «что, несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)», стесняясь болезни, стараются отдалиться от людей, а в одиночестве скучают по людям. «Уход от болезни в работу» является для них возможностью поддержания связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость.

Тот факт, что тревожный тип отношения к болезни присутствует лишь у 5% исследуемых (причем все из них это женщины с высшим образованием), в определенной степени определяет реакцию пациентов на диагноз – «впали в панику». По ответам исследуемых, «плохое самочувствие появляется от ожидания неприятностей», «беспокойства за близких, неуверенности в будущем». В отношении болезни и лечения испытывают постоянное беспокойство, думают «о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью», ищут «новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываются», «новые лекарства, процедуры и операции вызывают бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных», считают, что из-за их болезни «близких ждут трудности и невзгоды». У женщин вызывает беспокойство за здоровье детей, чувство вины, что им придется принимать лекарства, которые могут нанести вред их здоровью. Тревога становится источником конфликтов с окружающими, исследуемые признаются, что «бывают нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалеют об этом», им кажется, что окружающие их сторонятся и не могут понять их страданий. Из беседы с медицинским персоналом установлено, что данная категория пациентов чаще остальных вступает в конфликты, часто ведут себя раздражительно. В структуре ВКБ особое место занимает когнитивный компонент: постоянный поиск дополнительной информации о болезни, ее дальнейших последствиях и возможностях лечения. Часто общаются с другими пациентами, причем сами же отмечают, что в результате таких бесед «желание лечиться пропало».

Эгоцентрический и ипохондрический ТОБ отмечены лишь у двух исследуемых. Интересен тот факт, что у данных пациентов диагноз установлен повторно, в анамнезе имеют открытую форму данной патологии (БК+), были перерывы в лечении. Ярко выражен сенситивный и эмоциональный уровни – отмечают большое количество жалоб на свое самочувствие, подавленность, пессимизм. Вместе с тем не проявляют интереса к дополнительной информации о возможностях лечения, сомневаются в возможности вылечиться, надеются исключительно на врачей и в идеале хотели, чтобы лекарства им привозили на дом.

Заключение

Анализ результатов исследования особенностей ВКБ у пациентов с туберкулезом легочной локализации указывает на то, что

восприятие своего заболевания пациентами данной группы определяется отсутствием острых клинических симптомов, что значительно снижает адекватность оценки серьезности и опасности заболевания. Необходимость длительного приема лекарственных препаратов и нахождения в стационаре является фактом, дестабилизирующим эмоциональную составляющую отношения к болезни, а при отсутствии патологических симптомов заставляет сомневаться в диагнозе и необходимости лечения, что делает неадекватной оценку болезни. Оценка когнитивного аспекта отношения к болезни указывает на недостаточную осведомленность пациентов о характере заболевания, собственных возможностях борьбы с болезнью, но при этом на выраженную направленность на поиск дополнительной информации. Уровень комплаентности исследуемых высокий, 100% принимают все лекарственные препараты, но при этом личностная мотивационная направленность недостаточно выражена, что находит подтверждение в нежелании отказываться от вредных привычек, непонимании всей степени важности того, что беспрекословное соблюдение всех лечебных предписаний, ответственный прием медицинских препаратов являются залогом успешного лечения туберкулеза.

В целом результаты оценки данной выборки исследования указывают на присутствие у большинства исследуемых адаптивных ТООБ – эргопатического и анозогнозического. Но имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Данный тип присутствует у пациентов в первые два месяца постановки диагноза. Эргопатический ТООБ обусловлен, с одной стороны, снижением материального благополучия пациентов, страхом потерять работу, отрицанием факта болезни, а с другой стороны, в случае сочетания данного типа с сенситивным ТООБ, возможностью сохранить связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость.

Стойкая приверженность к анозогнозическому ТООБ у пациентов с туберкулезом легких взаимосвязана с наличием таких факторов, как отсутствие работы, наличие вредных привычек и судимости.

Для пациентов с сенситивным ТООБ участие семьи и близких является основным, а в ряде случаев единственным источником эмоциональной, психологической и моральной поддержки. Данный фактор особенно актуален для формирования устойчивой привер-

женности лечению, так как большинство пациентов указывают на наличие вынужденной социальной изолированности, негативное отношение окружающих к их диагнозу, что вызывает отрицательные эмоции. Тревожный ТОО наиболее характерен для женщин с высшим образованием. Доминирующими мотивами являются поиск дополнительной информации о болезни и тревога за близких.

Ученые свидетельствуют, что более полные представления врача о психосоциальных особенностях отношения больного к своему заболеванию помогают в формировании психотерапевтических мишеней в системе комплексной терапии соматического заболевания [2]. Результаты данного исследования также позволяют сформулировать рекомендации для психологов, врачей-фтизиатров и медицинских сестер, работающих с пациентами в противотуберкулезных диспансерах:

- для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса учитывать в работе социально-демографические характеристики пациентов с туберкулезом (уровень образования, наличие работы, семьи, вредных привычек, судимости);

- в ходе клинических бесед с пациентами определять уровень знаний пациентов о заболевании и особенностях течения туберкулезного процесса с целью последующей информационной поддержки на доступном для их понимания уровне; использовать методы информационно-образовательного воздействия на пациентов (организация встреч со специалистами, печать брошюр и т.п.);

- у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких проводить тестирование с помощью методики ТООЛ, а результаты исследования вносить в карту больного (маркировать); с пациентами сенситивного и тревожного ТОО особое внимание в процессе психотерапии надо уделять внимание обучению психотехническим навыкам контроля состояния тревожности (аутотренинг, релаксация, дыхательная гимнастика), воздействуя на его когнитивный компонент, особое значение при этом имеет получение адекватной медицинской информации, что в целом должно способствовать адекватности поведенческих реакций; с пациентами, конфликтно и агрессивно настроенными, необходимо проявлять спокойствие, но при этом авторитетность позиции врача, так как данная реакция часто бывает связана с тревогой, а уверенность врача поможет справиться со скрываемым страхом;

- в ходе регулярных бесед помочь пациентам осознать, что в лечении туберкулеза огромное значение имеет фактор времени,

так как своевременно начатое лечение и строгое соблюдение приема лекарств являются залогом успеха. Медицинскому персоналу необходимо поощрять проявление ответственности и дисциплинированности, делового подхода к плану своего лечения со стороны пациентов;

- организовывать беседы с родственниками пациентов с целью информирования особенностей течения заболевания, оказывать психологическую поддержку в случае необходимости;
- поскольку лечение туберкулеза связано с длительным пребыванием в условиях стационара, оторванностью от работы, необходимо организовывать в условиях больницы различные формы досуга, возможности заняться приятной отвлекающей от тревожных мыслей деятельностью. Способствовать сохранению чувства полноценности и сохранности социальных связей, расширению круга интересов, повышать социально опосредованные ценностные ориентации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: Геррус, 2000. 296 с.
2. Барановский А.Ю., Вассерман Л.И., Михайличенко Т.Г. Психосоматический контекст внутренней картины болезни и качества жизни у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в рамках метаболического синдрома // Вестник психотерапии. 2008. № 28. С. 80–86.
3. Карпенко Л.А., Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Краткий психологический словарь. Ростов н/Д.: Феникс, 1998. 505 с.
4. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
5. Лурья А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / Хрестоматия по патопсихологии. М.: Мир, 1981. С. 49–59.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2008. 432 с.
7. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
8. Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 78.
9. Петунова С.А., Ермакова И.В. Фазы развития специфических реакций больных туберкулезом легких // Теоретические и прикладные вопросы науки и образования: сб. науч. тр. по материалам междунар. науч.-практ. конф.: в 16 ч. Тамбов, 2015. С. 91–93.
10. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова и др. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
11. Пьянзова Т.В. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии // Туберкулез и болезни лёгких. 2012. № 5. С. 33–38.

12. Сиренко И.А., Рыбалка В.В. Влияние раннего периода туберкулезной инфекции и активного туберкулеза на психический статус детей // Психиатрия. 2009. № 3. С. 47–51.
13. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. 2006. № 1. С. 281–288.
14. Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б., Бабюк И.А., Гашкова Л.А. Основы клинической психологии. Донецк: Крила, 2010. 179 с.
15. Тюнеева Е.В. Особенности адаптации к ситуации болезни пациентов с офтальмологической патологией [Электронный ресурс]. URL: <http://psycho-step.ru/literatura-po-psihiologii/otslojka-setchatki> (дата обращения: 27.04.2015).
16. Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 3(20). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.04.2015).
17. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders. *Review of European Studies*, 2015, vol. 7, no. 1, pp. 136–140. doi:10.5539/res.v7n1p136.
18. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res. Notes*, 2014, Aug. 27, vol. 7, p. 572. doi: 10.1186/1756-0500-7-572.
19. Feng D., Xu L. The relationship between perceived discrimination and psychological distress among Chinese pulmonary tuberculosis patients: the moderating role of self-esteem. *Psychol. Health. Med.*, 2015, vol. 20(2), pp.177-185. doi: 10.1080/13548506.2014.958505.
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis. *Medicine* (Baltimore), 2015, Jan., vol. 94(3), p. e413. doi:10.1097/MD.0000000000000413.
21. Paul S., Akter R., Aftab A., Khan A.M., Barua M., Islam S., Islam A., Husain A., Sarkar M. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health*, 2015, Jan. 31, vol. 15, p. 52. doi: 10.1186/s12889-015-1390-5.
22. Rondags A., Himawan A.B., Metsemakers J.F., Kristina T.N. Factors influencing non-adherence to tuberculosis treatment in Jepara, central Java, Indonesia. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, 2014, Jul., vol. 45(4), p. 859–868.
23. Shen T.C., Wang C.Y., Lin C.L., Liao W.C., Chen C.H., Tu C.Y., Hsia T.C., Shih C.M., Hsu W.H., Chung C.J. People with tuberculosis are associated with a subsequent risk of depression. *Eur. J. Intern. Med.*, 2014, Dec., vol. 25(10), pp. 936–940. doi: 10.1016/j.ejim.2014.10.006.
24. Shiotani R., Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Glob. Public Health*, 2014, vol. 9(10), pp. 1239–1251. doi: 10.1080/17441692.2014.953562.ru.

REFERENCES

1. Aleksander F. *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic Medicine]. Moscow, Gerrus Publ., 2000, 296 p.

2. Baranovskii A.Yu., Vasserman L.I., Mikhailichenko T.G. *Psichosomaticheskii kontekst vnutrennei kartiny bolezni i kachestva zhizni u bol'nykh s nealkogol'noi zhirovoi boleznyu pecheni v ramkakh metabolicheskogo sindroma* [Psychosomatic context of internal picture of illness and quality of life in patients with nonalcoholic fatty liver disease as part of the metabolic syndrome]. *Vestnik psikhoterapii [The Bulletin of psychotherapy]*, 2008, no. 28, pp. 80–86.
3. Karpenko L.A., Petrovskii A.V., Yaroshevskii M.G. *Kratkii psikhologicheskii slovar'* [Short psychological dictionary]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 1998, 505 p.
4. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psichosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic interrelations in cardiac pathology: Current research trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
5. Luriya A.R. *Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya* [Internal picture of illness and iatrogenic disease]. *Khrestomatiya po patopsikhologii [The chrestomathy of pathopsychology]*. Moscow, Mir Publ., 1981, pp. 49–59.
6. Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, Medpress-inform Publ., 2008, 432 p.
7. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical and psychological discourse of health research]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
8. Petunova S.A. *Psikhologicheskie faktory komplaentnosti bol'nykh tuberkulezom* [Psychosocially factors of tuberculosis patients compliance]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 3, p. 78. Available at: www.science-education.ru/123-18727 (Accessed: 27 Apr. 2015).
9. Petunova S.A., Ermakova I.V. *Fazy razvitiya spetsificheskikh reaktsii bol'nykh tuberkulezom legkikh* [Phases of development of specific response in pulmonary tuberculosis patients]. *Teoreticheskie i prikladnye voprosy nauki i obrazovaniya: sb. nauch. tr. po materialam mezhdunar. nauch.-prakt. konf.: v 16 ch.* [Proc. of Int. Conf. «Theoretical and applied problems of science and education». 16 vols]. Tambov, 2015, pp. 91–93.
10. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnostics of attitude to the disease]. St. Petersburg, 2005, 32 p.
11. P'yanzova T.V. *Informatsionnaya sreda bol'nykh tuberkulezom i ee vliyanie na priverzhennost' terapii* [Information environment of tuberculosis patients and impact on the compliance to therapy]. *Tuberkulez i bolezni legkikh* [Tuberculosis and lung disease], 2012, no. 5, pp. 33–38.
12. Sirenko I.A., Rybalka V.V. *Vliyanie rannego perioda tuberkuleznoi infektsii i aktivnogo tuberkuleza na psikhicheskii status detei* [The impact of the early period of tuberculosis infection and active tuberculosis in the mental status of children]. *Psikhiatriya* [Psychiatry], 2009, no. 3, pp. 47–51.
13. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie mekhanizmy sovladaniya pri deza-daptatsii lichnosti: kul'tural'nyi aspekt* [Psychological mechanisms of coping with the maladjustment of the individual: culture aspect]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2006, no. 1, pp. 281–288.
14. Tabachnikov A.E., Abdryakhimova Ts.B., Babyuk I.A., Gashkova L.A. *Osnovy klinicheskoi psikhologii* [Fundamentals of Clinical Psychology]. Donetsk, 2010, 179 p.

15. Tyuneeva E.V. *Osobennosti adaptatsii k situatsii bolezni patsientov s oftal'mologicheskoi patologiei* [Features of adaptation of patients with ophthalmic disorders for the illness]. Available at: <http://psychostep.ru/literatura-po-psihologii/otslojka-setchatki> (Accessed: 27 Apr. 2015).
16. Uzlou N.D., Gabdrakhmanova N.N. *Sovladayushchee povedenie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti u bol'nykh tuberkulezom legkikh s anozognozicheskim tipom otnosheniya k bolezni* [Coping and defense mechanisms of personality in patients with pulmonary tuberculosis with anosognostic type of attitude to the illness]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 2013, no. 3 (20). Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed: 27 Apr. 2015).
17. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders. *Review of European Studies*, 2015, vol. 7, no. 1, pp. 136–140. doi:10.5539/res.v7n1p136.
18. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study. *BMC Res. Notes.*, 2014, Aug. 27, vol. 7, p. 572. doi:10.1186/1756-0500-7-572.
19. Feng D., Xu L. The relationship between perceived discrimination and psychological distress among Chinese pulmonary tuberculosis patients: the moderating role of self-esteem. *Psychol. Health. Med.*, 2015, vol. 20(2), pp. 177–185. doi:10.1080/13548506.2014.958505.
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis. *Medicine* (Baltimore), 2015, Jan., vol. 94(3), p. e413. doi:10.1097/MD.0000000000000413.
21. Paul S., Akter R., Aftab A., Khan A.M., Barua M., Islam S., Islam A., Husain A., Sarker M. Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis: mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh. *BMC Public Health.*, 2015, Jan. 31, vol. 15, p. 52. doi: 10.1186/s12889-015-1390-5.
22. Rondags A., Himawan A.B., Metsemakers J.F., Kristina T.N. Factors influencing non-adherence to tuberculosis treatment in Jepara, central Java, Indonesia. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health.*, 2014, Jul., vol. 45(4), p. 859–868.
23. Shen T.C., Wang C.Y., Lin C.L., Liao W.C., Chen C.H., Tu C.Y., Hsia T.C., Shih C.M., Hsu W.H., Chung C.J. People with tuberculosis are associated with a subsequent risk of depression. *Eur. J. Intern. Med.*, 2014, Dec., vol. 25(10), pp. 936–940. doi:10.1016/j.ejim.2014.10.006.
24. Shiotani R., Hennink M. Socio-cultural influences on adherence to tuberculosis treatment in rural India. *Glob. Public Health.*, 2014, vol. 9(10), pp. 1239–1251. doi:10.1080/17441692.2014.953562.ru.

Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 60–78.

Аннотация

Введение. Цель работы: определить типы отношения к болезни, преобладающие у больных с туберкулезом легких и обуславливающие их психосоциальные переменные.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера в г. Чебоксары. Выборку исследования составили 60 пациентов стационара и амбулаторного отделения с диагнозом туберкулез легких, в том числе 55 человек (91,6%) с закрытой формой; 5 человек (8,4%) имеют открытую форму данной патологии. Из них 40 мужчин и 20 женщин, возраст от 20 до 79 лет. В работе использовалась анкета Е.М. Богородской с соавт., методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты и обсуждение. У большинства исследуемых сформированы адаптивные типы отношения к болезни – эргопатический и анозогностический. Имеются некоторые искажения в оценке характера заболевания и его прогнозов вследствие недостаточной информированности. Эргопатический тип отношения к болезни обусловлен снижением материального благополучия, страхом потерять работу, отрицанием факта болезни. В случае его сочетания с сенситивным типом характеризуется стремлением сохранить связи с социумом, желанием отвлечься от мыслей о болезни, компенсировать причиненный вред родным, сохраняя материальную независимость. Выраженное анозогностическое отношение к заболеванию связано с наличием таких факторов, как безработица, наличие вредных привычек и судимости. Для пациентов с сенситивным типом отношения участие семьи и близких является основным, а в ряде случаев единственным источником эмоциональной, психологической и моральной поддержки. Данный фактор актуален для формирования устойчивой приверженности лечению, так как большинство пациентов указывают на наличие вынужденной социальной изолированности, негативное отношение окружающих к их диагнозу, что вызывает отрицательные эмоции.

В заключении подведены итоги, даны рекомендации для психологов, врачей-фтизиатров и медицинских сестер, работающих с пациентами в противотуберкулезных диспансерах.

Ключевые слова: туберкулез легких, внутренняя картина болезни, типы отношения к заболеванию, психосоциальные особенности.

Информация об авторе:

Петунова Светлана Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, *petunova75@mail.ru*.

Petunova S.A. Psikhosotsial'nye osobennosti otnosheniya k zabolevaniyu u bol'nykh tuberkulezom legochnoi lokalizatsii [Psychosocial characteristics of attitude toward disease in patients with pulmonary localization of tuberculosis] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 60-78.

Abstract

Introduction. The aim of the research is to determine the types of attitude to disease, which are typical of pulmonary tuberculosis patients and are a cause for their psychosocial variables.

Material and methods. The research was conducted on the base of the Republican TB Dispensary in Cheboksary. The sample group is 60 in-patients and out-patients diagnosed with pulmonary tuberculosis: 55 persons (91,6%) with latent TB and 5 persons (8,4%) with active TB. The group consists of 40 men and 20 women aged 20 to 79. The research made use of the questionnaire by E.M. Bogorodskaya et al., the technique for psychological diagnosis of the types of attitude to disease (TAD).

Results and discussion. Most subjects have formed adaptive types of attitude to their disease: ergopathic and anosognosic ones. There are some distortions in the evaluation of the nature of the disease and the prognosis for the disease due to lack of awareness. The ergopathic type of attitude to the disease is caused by a decrease in material well-being, the fear of losing the job, the denial of the disease. When combined with the sensitive type, it is characterised by the motivation to keep in contact with society, the wish to escape from the thoughts of the disease, to compensate for the damage to family by maintaining financial independence. The marked anosognosic attitude to the disease is connected with such factors as unemployment, bad habits and having conviction records. In case of the patients with the sensitive attitude, family's attention is the main, and sometimes, the only source of emotional, psychological and moral support. This factor is relevant for the formation of adherence to treatment, as most patients point out their involuntary social isolation, negative reactions of other people to their disease, and these can cause the patients' negative emotions.

The conclusion contains the results of the research, recommendations for psychologists, TB specialists and nurses working with patients in TB dispensaries.

Keywords: pulmonary tuberculosis, internal picture of the disease, attitude toward disease type, psychosocial characteristics.

Information about author:

Petunova Svetlana, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Social and Clinical Psychology, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, *petunova75@mail.ru*.

Поступила: 16.11.2015

Received: 16.11.2015

УДК 616.89-008.441.1
ББК Ю971.1

ФЕНОМЕН РИТУАЛЬНОСТИ ПРИ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЯХ: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТЮД

В.А. Микаелян, Э.В. Микаелян

Ереванский государственный университет, Ереван, Армения

Психиатрическая парадигма навязчивости

Навязчивые состояния (обсессии) – безусловно, психиатрическая проблема, которая постоянно притягивает к себе некой загадочностью магического или, скажем иначе, филогенетического характера. Несмотря на то, что психоаналитические концепции навязчивых состояний до настоящего времени не получили широкой научной поддержки [29] и экспериментального подтверждения [18], проблема обсессий приобретает дополнительный интерес, если мы попытаемся посмотреть на нее с точки зрения бессознательного психического процесса. Ведь в современных исследованиях уже находят некоторые нейрохимические корреляты для фрейдовской концепции патогенеза тревожных и навязчивых состояний [28]. Именно поэтому мы соглашаемся с тем, что вопрос психоаналитических и клинических перспектив навязчивых состояний заслуживает отдельного рассмотрения [19].

Прежде всего, приведем несколько определений навязчивых состояний. Р. Телле пишет: «Навязчивости (ананкастность, обсессивно-компульсивный синдром) появляются тогда, когда содержание мыслей или импульсы к действиям постоянно навязываются и не могут подавляться или вытесняться, хотя и понятно, что они бессмысленны или, по крайней мере, безосновательно господствуют в мыслях и действиях. Поскольку эти импульсы стойкие, они вызывают непреодолимый страх. Патологическим являются не содержания навязчивостей, а их доминирующий характер и невозможность избавиться от них» [12].

В психиатрии мы часто можем наблюдать использование в одном семантическом контексте невроза навязчивых состояний и ананкастного (обсессивно-компульсивного) расстройства личности. «Невроз навязчивых состояний или иначе обсессивно-компульсивное расстройство проявляется в виде навязчивых страхов, опасений и мыслей, воспоминаний, представлений и действий» [2]. Опре-

деление, приводимое В.Д. Менделевичем, по сути, также отождествляет эти два понятия: «Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности проявляется: 1) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности; 2) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками; 3) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующему завершению задач; 4) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; 5) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям; 6) ригидностью и упрямством; 7) необоснованными настойчивыми требованиями того, чтобы другие все делали в точности как сам человек, или неблагоразумным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям; 8) возникновением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений» [8]. Навязчивости могут проявляться в относительно легких феноменах, по сути, содержание навязчивостей, действительно, не столь драматично, как это может казаться. Это может быть мытье рук, навязчивое звучание мелодий, подсчет различных предметов, номеров, ударов часов. «Сюда же причисляются навязчивые ритуалы при еде, курении, укладывании в постель и засыпании – фиксированные привычки, которые не воспринимаются мучительно и которые путем их отклонения или внешних влияний могут прекращаться, без того, чтобы вызвать страх» [12].

Роль тревоги и страха

Навязчивости (мысли и действия), как правило, сопровождаются страхом, страх, хотя и часто носит конкретный предметный характер, тем не менее не может быть вытеснен или рационализирован. Таким образом, страдания больного обусловлены такими страхами, которые не могут быть рационализированы и тем самым несколько удалены от актуального сознания. Тем не менее мы считаем, что страхи больного с его стороны все-таки рационализируются, однако уровень приемлемости таких рационализаций всегда в чем-то ущербен. Каждый больной может привести вполне обоснованные интерпретации своих навязчивостей. Однако эти объяснения для него самого не столь убедительны, как для окружающих, так как он чувствует принудительный характер своих действий. Его действия и мысли выпадают из-под контроля его сознания, тем самым они становятся мучительными многократно. Строго говоря, для каждого человека отсутствие контроля над собственными мыслями и собственным поведением становится причиной для формирования невротической тревоги.

Этот фактор, естественно, снижает качество жизни человека, а угроза его сознанию, его «Я» подспудно вызывает страх приобрести психотическое расстройство. «При появлении у человека тревожности ее следует рассматривать как сигнал того, что Его может оказаться недостаточно сильным, не быть в состоянии выполнить присущую ему задачу адаптации к реальности и сохранения интегрированной личности, сохранения идентичности» [5]. Хотя, как известно, в психоанализе со времен З. Фрейда выделяется несколько видов тревоги: невротической, моральной и реальной, тем не менее мы считаем, что все эти виды взаимопроникаемы и сосуществуют вместе, особенно при их активизации. Если невротическая тревога способна привести к опасности разрушения «Я», так как импульсы, идущие из бессознательного, обрастают энергией, способной прорвать защитную систему, то при моральной тревоге мы имеем дело с экспансией Супер-Эго, с навязчивым характером требований этой инстанцией.

Между тем реальная тревога становится тем фундаментом, на котором с течением времени могут быть построены невротическая и моральная тревога. Реальная тревога определяется так же, как объективная, то есть она имеет место, когда во внешнем мире формируется объективная опасность для человека. Однако сам факт интерпретации уровня этой опасности сразу же превращает ее в субъективную категорию. Говоря о факторе тревоги в структуре навязчивых состояний, принято выделять моральную тревогу, однако все виды тревоги имеют место в этих состояниях, просто их выраженность представлена в различных степенях.

Этим и объясняется разница между фобическим пациентом и больным, страдающим навязчивыми состояниями. При фобическом неврозе, так или иначе, психика человека обладает резервами борьбы с предметом фобии, какими-либо методами совладания с ними. При навязчивых состояниях, хотя и мысли предметны (к примеру, страх совершить конкретное действие), отсутствует потенциал преодоления этих навязчивостей. Если при фобическом неврозе больной способен дистанцироваться от страха, то при навязчивости страх полностью контролирует больного, полностью подчиняет его себе. Такие патологические навязчивости, как страх кого-то ударить, убить, изнасиловать – это страх неконтролируемого поведения. Отсутствие контроля над поведением действительно формирует запредельные тревожные переживания. Поэтому часто такие больные не выходят из дому, изолируют себя от общества, от общения с близкими и родными. В иных случаях такие больные просят родных на-

ходиться всегда рядом, так как они боятся собственной непредсказуемости. Как мы видим, в отличие от фобии, при навязчивости выделяется не персональный фактор, а другие люди. «При навязчивых представлениях речь идет не столько о собственной персоне (как при фобиях), сколько о других людях: что-то может случиться с родными или уже случилось, и больной при этом виноват (патологическое чувство вины)» [12].

Контроль сознанием

Позитивность психических феноменов определяется степенью их подконтрольности сознанию. Однако подконтрольность психических явлений не всегда может осуществляться с помощью сознания. Существуют такие феномены психического, которые контролируются бессознательным уровнем психики. К таким феноменам относятся как раз психические расстройства, в частности навязчивости. Однако подконтрольность, осуществляемая бессознательным уровнем психики, означает одновременно слабый контроль или вовсе отсутствие контроля со стороны сознания. При навязчивости мы имеем как раз подобную картину.

В навязчивых состояниях выделяется несколько подвидов: навязчивые мысли, навязчивые действия (импульсы), навязчивое поведение. Навязчивые действия представляют собой попытку контроля над негативными, часто тревожными и устрашающими, мыслями и переживаниями. Эти действия нацелены на подавление тревожных мыслей и в этом смысле содержат в себе иллюзию контроля над ними. Но в данном случае больной обходится тем, что имеет, за неимением лучшего.

Навязчивость как невроз

Как известно, термин «навязчивое представление» был введен в 1867 г. Крафтом-Эбингом, между тем как понятие «невроз навязчивости» восходит к самому Фрейду» [15]. Или более детально: «Люди, совершающие навязчивые действия или церемониал, наряду с теми, кто страдает от навязчивых мыслей, навязчивых представлений, навязчивых импульсов и т.п., относятся к особой клинической единице, нарушения которой принято обозначать неврозом навязчивости» [15] Невроз навязчивых состояний впервые описал научно З. Фрейд, и этот факт невозможно оспорить. Вопрос не в том, что З. Фрейда никто не подозревал в навязчивости, вопрос в том, что именно З. Фрейд придал необходимую доказательную структуру навязчивостям.

Рассмотрим психоаналитический подход к навязчивым состояниям. Прежде всего, все действия человека в психоанализе могут интерпретироваться как ритуальные или церемониальные. Это относится и к нашему режиму, и привычкам, и предпочтениям, и способам отхода ко сну, вообще все, что мы делаем, мы делаем в какой-то конкретной схеме, или все это имеет конкретную структуру. Но, по большому счету, все эти повседневные заученные и усвоенные действия не являются навязчивостями или же являются навязчивостями, подконтрольными нашему «Я». Тем не менее, если в нашей ритуальной или церемониальной повседневности вдруг произойдет нарушение, срыв в цепи последовательных, заученных действий, то тогда каждый из нас ощутит себя несколько необычно, может, тревожно. Это значит, что для нас наша церемониальность, которую мы называем режимом, привычками и т.п., имеет для нас функцию защиты. «Исполнение церемониала можно описать, если его, так сказать, заменить рядом неписаных правил, например, в церемониале при отходе ко сну кресло должно стоять в определенном положении перед кроватью; одежда на нем должна лежать сложенной в определенном порядке; покрывало должно быть заправлено в изножье кровати, простыня должна гладко выглажена; подушки должны лежать так-то и так-то, само тело должно находиться в строго определенном положении; и только тогда можно заснуть. В легких случаях церемониал выглядит как преувеличение привычного и оправданного порядка. Однако особая добросовестность, с которой совершаются эти действия, и тревога, возникающая при их неисполнении, характеризуют церемониал как «священнодействие» [15].

Любые виды деятельности, любой вид человеческой активности может иметь характер навязчивости. Или любая активность, содержащая некую ритмичность, однозначно может считаться «нормальной» навязчивостью. Наши повседневные привычки, повторяющиеся паттерны поведения иначе как навязчивостью не назовешь. Однако это не мешает нам жить и не доставляет нам страданий. Но если в наши усвоенные паттерны вклинивается нечто новое, то в этом случае, если уж не страдание, то тревога появляется обязательно. Нечто нарушается в нашей ритуальной повседневности, и это нарушение не протекает бесследно. Насколько нам удастся отличить наш ритуальный способ жизни от навязчивости, – это вопрос подхода и семантики. З. Фрейд считал, что навязчивые действия произошли из ритуальной жизни, из церемониала. «В большинстве случаев навязчивые действия произошли из церемониала. Наряду с тем и другим содержание недуга образуют запреты и недопущения (абулии), которые,

собственно говоря, лишь продолжают дело навязчивых действий, поскольку что-то больному вообще не позволено, а что-то другое разрешается только при соблюдении предписанного церемониала» [15].

Наблюдаемые в навязчивых состояниях ритуальные действия, на первый взгляд, лишены всякого рационального смысла. Однако весь вопрос как раз состоит в том, что в расстройствах невротического круга не надо искать рациональный здравый смысл. Смысл ритуальных действий, которые сам больной определяет как навязчивости, существует, однако он существует для бессознательного уровня психики, – сознанию эти действия крайне непонятны и неприятны. В психоанализе смысл навязчивостей признается в качестве действий, нацеленных на погашение переживаемой неосознанной тревоги. Если мы можем признавать смысл за религиозными ритуальными действиями, которые так же не особенно отличаются своим рациональным началом, то почему бы нам не признать существование смысла в навязчивостях. Если мы станем исходить из предположения о существовании смысла в навязчивых действиях, то вслед за З. Фрейдом мы обнаружим в них рациональный элемент.

Бессознательный смысл навязчивости

Однако З. Фрейд видел смысл навязчивостей исключительно в репрессированных сексуальных желаниях личности. «Одно из условий болезни составляет то, что человек, следующий навязчивому желанию, совершает действие, не зная его значения — во всяком случае, его основного значения. Только благодаря усилиям психоаналитической терапии смысл навязчивого действия и тем самым побуждающие к нему мотивы становятся осознанными. Мы высказываем это важное положение вещей словами, что навязчивое действие служит выражению бессознательных мотивов и представлений. В этом, по-видимому, заключается еще одно его отличие от религиозного отправления; однако следует подумать о том, что и набожный человек, как правило, совершает религиозный церемониал, не задаваясь вопросом о его значении, тогда как священники-исследователи могут знать символический в большинстве случаев смысл ритуала. Однако мотивы, побуждающие к религиозному отправлению, всем верующим либо неизвестны, либо замещаются в их сознании выдвигаемым мотивом» [15].

В психоанализе навязчивости, как правило, сопровождаются чувством вины, а это значит, что в ритуальных действиях мы можем видеть попытки избавления от неосознанной вины, или «бессознательного сознания вины». А если мы имеем бессознательную вину, то у нас формируется желание испытать наказание за это.

Именно так и понимают в психоанализе навязчивости – как наказание, как бессознательное наказание за переживаемое и неосознаваемое чувство вины за сексуальные переживания и желания.

С другой стороны, навязчивый церемониал имеет также другой смысл, – смысл защиты от неконтролируемых действий. Человек опасается, что совершит какие-то аморальные поступки, он страшится того, что у него может отсутствовать контроль по отношению к собственному поведению. А так как определенный церемониал, так или иначе, подконтролен, то он замещает действия, которых человек страшится. Выгода навязчивостей в том, что они, в отличие от неосознаваемых аморальных побуждений, все же подконтрольны индивиду, он выполняет их в строгой последовательности и с определенной периодичностью.

Вспоминается больная, которая каждый день заносила в тетрадь семь столбиков, состоящих из цифры семь. Только после этого она спокойно приступала к своим делам. На вопрос о том, почему она это делает, она утверждала, что в это же время, когда она записывала свои цифры, дьявол заносит столбики с цифрой шесть. Поэтому она должна сбалансировать соотношение сил добра и зла. Конечно же, силы зла, о которых она говорила, это были ее же бессознательные желания, которые имели для нее явный греховный характер. Она боролась с самой собой, она пыталась искупить свою вину перед карающей инстанцией Сверх-Я, или несколько минимизировать моральную тревогу.

По сути, религиозные ритуалы также не лишены характера защиты и также не свободны от переживаемого чувства вины. Понятие греха, внедренное в наше сознание, как правило, погашается именно религиозным церемониалом. «Сознанию вины больного неврозом навязчивости соответствует уверение набожных людей, что в глубине души они закоренелые грешники; по всей видимости, религиозные отправления (молитвы, обращения к Богу и т.д.), с которых они начинают любую повседневную деятельность и особенно каждое чрезвычайное дело, имеют значение защитных и оборонительных мер» [15].

Формирование навязчивости

Схема формирования навязчивостей в психоанализе может быть представлена следующим образом: сексуальные желания, несовместимые с требованиями инстанции Сверх-Я, подвергаются вытеснению. Однако вытеснение не удастся завершить и поэтому индивиду постоянно требуется энергия для подавления сексуальных импульсов. Тревога формируется уже в процессе вытеснения,

так как будущее индивида оказывается перед опасностью утраты контроля со стороны сознания.

3. Фрейд более чем обоснованно описывает схему формирования навязчивостей. А схема достаточно проста и тем самым вполне доступна для понимания. Каждый индивид в течение жизни вырабатывает для себя определенную систему защит, нацеленных на подавление импульсов, исходящих из бессознательного, импульсов сексуального и агрессивного характера. В целом, для каждого индивида его система психологических защит остается действенной на протяжении длительного времени. Однако с увеличением внешних фрустрирующих факторов система защит начинает прогибаться под воздействием последних. Старой системы становится уже явно недостаточно в контексте эффективности действия. В такой ситуации формируется новая система защиты, которая уже не может быть отнесена полностью к норме. Эта защита проявляется в форме навязчивостей.

Сама по себе навязчивость начинает играть двойную роль: как психическая защита и как удовлетворение импульсов бессознательного уровня психики. «Как видно, запреты заменяют навязчивые действия, подобно тому, как фобия предназначена для того, чтобы уберечь от истерического припадка. С другой стороны, церемониал представляет собой совокупность условий, при которых становится позволительным другое, пока еще не абсолютно запретное действие, подобно тому, как церковный брачный церемониал означает для благочестивого человека позволение получить сексуальное наслаждение, которое иначе греховно» [15].

Для адекватного понимания смысла формирования навязчивых состояний необходимо, как нам кажется, признать, что то, что для сознания является неприемлемым, – для бессознательного является необходимым. И если такие состояния начинают формироваться, то их смысл и функции должны быть выявлены. Эти состояния должны были выполнять некогда позитивные функции, раз уж они снова появляются. При этом не станем забывать, что они появляются не в обычной повседневности, а в качестве некой защиты при наличии травматического фактора. Проблема в том, что сам травматический фактор может быть вытеснен, не определен, не выявлен. Мы склонны считать, что навязчивые состояния всегда имеют в качестве запускающей причины некий травматический опыт, при этом этот опыт может и не осознаваться. «Во всех психоневрозах контроль со стороны эго ослаблен. В конверсионных симптомах эго просто ниспровергается, и происходят незапланированные действия. При обсессиях и компульсиях эго продолжает управлять двигательной сфе-

рой, но не властвует полностью и вынуждено действовать вопреки собственным суждениям по чужим командам более сильной инстанции: эго выполняет определенные действия и размышляет о неких событиях, чтобы не чувствовать себя в опасности» [14].

Остается добавить, что механизмом формирования навязчивости является смещение. В обсессивных состояниях отсутствует элемент инстинктивного желания, мысли об инцесте не наполнены желанием инцеста, – в таком русле обсессии понимаются в психоаналитической парадигме. «Эти мысли появляются, лишенные характера инстинктивных желаний и соответствующего эмоционального качества» [14].

Трансформация навязчивости

В психоаналитическом понимании обсессии объясняются наличием бессознательных желаний, которые активно подавляются со стороны Супер-эго. Это классическое в психоанализе положение требует, конечно же, более осязаемого доказательства, впрочем, психоанализ никогда не обременял себя поиском таких доказательств. Компulsive действия – постоянно повторяющиеся, рационально оправданные в определенных ситуациях, действия, часто носящие стереотипный характер. Может быть, имеет смысл, как нам кажется, употреблять в качестве синонима термин «ритуальные действия».

В отношении происхождения ритуальных или compulsive действий в психоанализе мы встречаем достаточно интересную интерпретацию. Compulsive форма навязчивого состояния объясняется трансформацией обсессий. Это положение имеет, на наш взгляд, вполне весомое обоснование. Практически тот же механизм можно наблюдать при конверсии. Эмоциональная тяжесть обсессий не может долго оставаться в своей первоначальной форме, – обсессии должны трансформироваться в действия и при этом сами действия начинают выпадать из зоны осознания. Действия замещают мысли и замещают, вытесняя саму возможность их осознания. А ведь весь смысл ритуальной «терапии» состоит именно в отделении неприемлемых для Супер-Эго мыслей от процесса осознания.

Этот процесс трансформации бессознательной психической деятельности имеет защитный характер, он позитивен в этом смысле. На место мысли приходит неосознанное движение. Движение – это результат трансформации мысли. «Compulsive представляют собой обсессии, которые все еще переживаются как побуждения. Они тоже являются дериватами, и их интенсивность отражает интенсивность отвергнутых побуждений» [14].

Таким образом процесс трансформации obsessions в компульсивные движения имеет следующую логику: защитные силы не способны спасти сознание от навязчивых мыслей, и на смену этой защитной миссии приходит компульсивная активность, которая берет на себя эту защитную функцию. Именно таким образом развивается компульсивное расстройство, или компульсивная навязчивость. «Защитные силы в данном случае не способны предотвратить осознание пациентом происходящего в нем, но они могут осуществить трансформацию первоначального влечения в компульсивную форму. Природа подобной трансформации составляет проблему формирования симптомов компульсивного невроза» [14].

Компульсивные действия представляют собой, согласно психоаналитическому подходу, некую конденсацию или синтез инстинктивных и антиинстинктивных сил. Obsessions представляют собой именно инстинктивные силы, compulsions – это силы, направленные против obsessions. «В клинической картине преобладает то первая, то вторая составная конденсата» [14].

Попытаемся представить этот процесс в структурированном пространстве. Бессознательное порождает психические проблемы на уровне Я сознания, – иначе этот процесс и немислим, так как бессознательное сформировало сознание как экран проявления собственных содержаний. А это означает, что психические расстройства представляют собой трансформированные бессознательные содержания. На уровне бессознательного психического уровня мы не обнаружим психических расстройств, – бессознательное всегда здорово, оно вечно, или точнее, оно не подпадает под клинические критерии нормы и патологии. На уровне Я-сознания мы можем воспринимать бессознательные содержания в виде мыслей, чувств, предчувствий. Но для осознания бессознательных содержаний последние должны пройти процесс ассимиляции сознанием и именно в границах этого ограниченного процесса мы не способны вместить всю палитру бессознательных откровений, – большая часть бессознательного материала отсеивается в соответствии с критерием психофизиологической безопасности Я-сознания. Эту фильтрацию обеспечивает огромный арсенал защитных механизмов. То, что мы фиксируем в качестве психических расстройств на уровне Я-сознания, – в бессознательном имеет совершенно иное содержание.

Это, безусловно, теоретическое допущение, однако, учитывая условную противоположность этих уровней психики, мы просто обязаны предполагать также разность содержаний. То, что формирует на уровне Я-сознания личности психическое расстройство, представ-

ляет собой некую творческую энергию бессознательного. Эта творческая энергия может трансформироваться как в расстройство, так и в развитие и раскрытие творческого потенциала личности.

Саногенная сущность навязчивости

В аналитической психотерапии неврозы рассматриваются так же, как саногенные образования. Процесс индивидуации протекает в этих границах конфликтов и трансформаций энергии. «Переживание внутреннего или внешнего конфликта, находящее творческое разрешение, которое сопровождается ощущением удовлетворения и приливом жизненных сил – примеры созидания сознания. Конфликты, к которым сознательно стремятся и над которыми систематически размышляют, являются отличительной особенностью процесса индивидуации, который представляет собой постоянную дискуссию или поиск общего языка с иными или прямо противоположными Эго содержаниями» [16].

Формирование психических расстройств протекает на бессознательном уровне психики, это положение является аксиомой в континууме психодинамики. Но мы хотим выделить и особо подчеркнуть важный момент, – на уровне бессознательного формируется не психическое расстройство, а творческая энергия, необходимая для осуществления процесса индивидуации. Сознание трансформирует эту энергию в психические страдания, так как только этим путем возможно психическое развитие личности, только этим путем возможен процесс индивидуации. Я-сознание нуждается в страдании, как ни парадоксально это звучит, но как в средстве развития. Психическая боль указывает на процесс преодоления односторонности развития личности. Уровень бессознательного психического представляет собой неисчерпаемый источник энергии, которая нуждается в реализации. Реализация этого уровня психики возможна на другом уровне – уровне сознания. Если мы исключаем факт развития сознания, то мы должны постулировать, что Я-сознание личности не способно постоянно ассимилировать вновь поступающий психический материал бессознательного. Поэтому мы должны констатировать факт развития сознания.

Сознание – это динамичный уровень психики, и он не может быть иным, так как сама психика в ее целостности является развивающейся системой. Развитие сознания – далеко не конечная цель индивидуации. Венец развития – в достижении сверхличного, надличностного уровня психики. Психическая эволюция не имеет конечного пункта назначения. Бессознательное должно было породить сознание, сознание – личность, а уже личностное, в свою очередь, должно

уступить место общечеловеческому. А для осуществления этой цели психика человека должна подняться на качественно иной уровень – уровень надличностного восприятия. На глубоких уровнях развития сознания должны быть сформированы иные пласты психики. Надличностный уровень развития уже должен обладать иными психическими характеристиками, и, в первую очередь, этот уровень должен быть независимым от временных и пространственных границ.

Сознание, как психический феномен, является производным от бессознательного уровня психики. У сознания, как и у бессознательного, один и тот же строительный материал. В психоанализе это положение аксиоматично, даже Сверх-Я, которым мы так гордимся в качестве инстанции совести и нравственности, также построено из материала бессознательного. Сознание и бессознательное – не противоположные психические инстанции, они объединены своим происхождением. В этом значении мы можем, если быть последовательными, принять антропософскую идею о том, что наши сновидения могут представлять собой древнюю форму сознания.

Само бессознательное – это остаток древнего сознания. И если мы перенесем этот принцип на сферу психического здоровья (впрочем и психосоматического), то тогда у нас появляется основание утверждать, что здоровье и болезни также не противоположные феномены. Это своего рода полюсы проявленных состояний. Здоровье может быть выражено с помощью болезни, и болезнь может фиксироваться только в контексте здоровья. Баланс этих состояний выражает норму, а не здоровье. Мы можем говорить о здоровье в этом значении, в значении нормы.

Само по себе понятие «здоровье» не несет в себе смыслового значения, между тем понятие «норма» является достаточно гибким. Точно так же, как здоровье является экраном экзистенции для болезненных процессов и наоборот, точно так же сознание является той сценой, на которой разыгрываются роли бессознательных сценариев нашей жизни. Это бессознательный процесс ассимиляции древнего миропонимания сознанием.

Вклад архаической психики

Архаическое требует признания, оно пытается проникнуть в нашу психику, в наше поведение в ситуациях, имеющих для нас экстремальное значение. С одной стороны, архаическая психика формирует для нас проблему, с другой – предлагает нам разрешение. Древнее миропонимание является древним для Я-сознания, для линейного времени. В хронологической последовательности Я-сознание отводит архаическому миропониманию статус древ-

ности, Я-сознание выводит его за пределы настоящего. Но для коллективного бессознательного не существует хронологической реальности, в бессознательном господствует вневременной принцип Айона, там господствует принцип «везде и всегда», в отличие от «здесь и теперь». Говоря образно, «здесь и теперь» для архаической психики означает «везде и всегда». Между филогенетическим и онтогенетическим состояниями психики формируется в таком случае конфликт, следствием которого становится компромиссное решение: часть архаической психики находит свое место в настоящем психическом пространстве Я-сознания, при условии, что Я-сознанию отводится роль контролирующей инстанции.

Таким образом, в поведение личности вторгается ритуальность в виде навязчивых состояний, а Я-сознанию отводится незавидная роль контроля над неконтролируемым. Психика наполняется незнакомым, с точки зрения Я-сознания, содержанием, которое должно ассимилироваться в контексте принципа «здесь и теперь». Следствием этих попыток ассимиляции становится формирование навязчивых состояний. Таким образом, навязчивые состояния могут быть рассмотрены как результат частичной ассимиляции Я-сознанием архаических содержаний филогенеза.

Конечно же, архаическая психика не ставит перед собой цель формирования у человека навязчивых состояний. Она пытается внести в настоящее психическое пространство принцип «везде и всегда», она пытается реанимировать свое миропонимание и мироощущение в Я-сознании личности, так как именно на уровне Я-сознания она не имеет своего представительства в норме. Вечность пытается воссоздать себя во временной последовательности. В состояниях психической нормы человек время от времени возвращается к ритуальным процессам архаической психики. Однако архаический пласт не имеет своего стабильного места в психике личности, он проявляется в нескольких формах, но не закрепляется на постоянном уровне, этот пласт проявляется в сновидениях, в психических нарушениях, в ритуальности. Клиницисты также отмечают нарушение в восприятии и оценке времени, связанное с нарушениями навязчивого характера [20].

Каждый религиозный человек в своем миропонимании и поведении ориентирован на архаическую психику. Каждый из нас испытывает потребность в мифическом миропонимании. Однако не каждый человек воспринимает в повседневной жизни атаки архаической психики. *Религиозный человек изживает свою навязчивость в ритуальности. Светский человек подвергается воздей-*

ствию ритуальности в навязчивых состояниях. Стремление религиозного человека к ритуальности отражает его бессознательный страх перед навязчивыми состояниями, к проявлениям архаической психики вообще. Верно и обратное: навязчивые состояния могут рассматриваться в качестве бессознательной попытки возвращения к ритуальной архаической психике.

Если для религиозного человека потребность в ритуальности означает перекалывание ответственности на архаическую психику, на «субъектов» архаической психики – Бога, судьбу, то это означает, что религиозный человек предпочитает дистанцироваться от Я-сознания. Это отказ от Я-сознания в пользу архаической психики. В навязчивости мы видим борьбу Я-сознания за целостную психическую территорию.

Навязчивые состояния, безусловно, представляют собой патологическую активность с точки зрения нормального функционирования Я-сознания. Однако, несмотря на явную патологию, эти состояния продолжают существовать в поведении личности. Это значит, что если на уровне Я-сознания расстройство не имеет позитивного значения, то это значение есть, оно существует на ином уровне психического аппарата – на уровне бессознательного. Цепкость расстройства определяется терапевтической ценностью на уровне коллективного бессознательного. Ритуальность прекрасно структурирована на уровне бессознательного, там она выполняет терапевтическую функцию защиты, там она на своем месте. На уровне сознания ритуальность трансформируется в навязчивые состояния.

Терапевтический смысл ритуальности

Ритуальность в структуре навязчивых состояний можно представить в виде скрытого переходного мостика между сознанием и бессознательным – из бессознательного уровня психики прорываются естественные для архаического человечества формы физической и психической активности, которые никак не могут быть рационально обоснованы современным сознанием. Сложность контроля больного над своими бессмысленными действиями обусловлена тем фактом, что эти действия обладают внутренней реальностью, более того, именно требования внутренней реальности формируют обсессии и компульсии. Эта внутренняя реальность обладает определенной терапевтической ценностью и смыслом, которые сам больной не может идентифицировать.

Объективный научный анализ требует некоторого расширения границ понятия невроза навязчивостей. При этом мы, конечно же, рискуем «стереть» саму границу между нормой и патологи-

ей, хотя и граница эта сама по себе достаточно размыта. На чем основывается эта граница? На некоем исторически сложившемся континууме: нормальные психосоматические состояния личности должны вписываться в определенные рамки. То, что не вписывается в эти рамки, может быть отнесено, как минимум, к необычным феноменам, а как максимум, к патологии. «Даже развитие в самом широком смысле слова – эволюцию – можно попытаться объяснить с этой точки зрения. Поля задают рамки, в которых происходит развитие. Однако к определенным рамкам подходят только вполне определенные картины, поэтому в ходе эволюции возможно не все, а только то, что вмещается в данную рамку» [4].

Логика навязчивостей не может быть принята в качестве нормы для сознания личности. Эти поля задают иные смысловые рамки, которые необходимо понять. В навязчивых состояниях мы наблюдаем в символической форме воссоздание древних ритуалов, суть которых может быть представлена лаконично следующим образом: в ритуале происходит смещение времени, в настоящем воспроизводятся действия, имеющие терапевтический смысл в прошлом. Это соединение «здесь и теперь» с «там и тогда». *Терапевтический смысл ритуальности бессознательного трансформируется в патологическую картину на уровне Я-сознания.*

Для архаичного сознания ритуал генерирует повторение акта творения, а в навязчивостях – ритуал нацелен на подавление негативных переживаний. Поэтому и на уровне сознания этот терапевтический смысл бессознательного также имеет место. Если архаическому ритуалу свойственно покорение сил зла, то ритуал при навязчивых состояниях пытается контролировать внутрилличностное зло. Если сознание оказывается бессильным противостоять или адаптироваться к травмирующим событиям жизни, если сознание оказывается перед угрозой формирования психической патологии, если средства сознания не могут противостоять угрозе формирования психического расстройства, не могут оставаться эффективными стратегиями, то часто сознание сдает позиции и на помощь приходит филогенетический архаический фактор.

Ритуал в настоящем «здесь и теперь» становится попыткой контроля и погашения негативных психических влияний, а на уровне бессознательного – злых сил. В процесс вступает защитная функция ритуальной психики, вокруг психического здоровья личности формируется защитная стена навязчивых ритуальных действий, тех самых действий, которые на уровне бессознательного уровня психики обладают мощным терапевтическим эффектом.

По большому счету навязчивость, как психический феномен, присуща большинству психических расстройств. Любое психическое расстройство воспринимается таковым, воспринимается как нечто, навязанное извне. И при любом психическом расстройстве мы можем наблюдать определенные циклы навязчивостей в поведении личности больного.

Ритуальность при психических расстройствах можно наблюдать объективно. И каждый раз ритуальность имеет определенный терапевтический смысл. Если мы пытаемся лишить больного ритуальности, то мы можем ожидать ухудшения его состояния. Строго говоря, у людей, считающихся здоровыми, также в жизни задействован определенный ритуальный сценарий, который может носить различные названия. Однако защитная функция ритуала носит более глубокий характер, – ритуал становится символом связи человека с космическим универсумом. Защитная функция ритуала, активизирующаяся в состояниях психоэмоциональной угрозы, по сути, обращена к невидимому бессознательному источнику, к потусторонней космической силе, которая под различными наименованиями в целом означает некую божественную сущность. Это означает, что ритуал провоцируется коллективным бессознательным уровнем психики.

Защитная функция ритуала состоит также в регрессии к групповому мышлению, к психологическому состоянию «Мы», так как в Я-сознании, в состоянии индивидуального миропонимания, Я уязвимо и беззащитно. Уровень защиты Мы-сознания несравненно выше, чем защитные возможности индивидуального сознания. Социальность ритуала определяет силу его защитной функции.

Если мы рассмотрим ритуальные действия в целостном контексте психической деятельности, то станет очевидным, что эти действия представляют собой замену индивидуального поведения стереотипным, типизированным.

В картине невроза навязчивость распространяется главным образом на строго регламентированные сферы жизни – на сексуальность и религию. Именно эти сферы жизни требуют особого контроля Сверх-Я и поэтому эти сферы в жизни каждого человека особо уязвимы и беззащитны. В этом контексте навязчивость может рассматриваться в качестве негативной попытки адаптации к регламентированным сферам жизнедеятельности личности. *Навязчивость – это некая адаптация внутренних страхов к социальной реальности, и в этом ее терапевтическая функция.* Тревога и страхи, не поддающиеся контролю Я, помещаются в социальную реаль-

ность с помощью навязчивостей, это своеобразная форма сверхконтроля над собственными запредельными страхами и тревогами.

Таким образом, навязчивость представляет собой попытку, причем попытку негативную, вписаться в нормы поведения. А.К. Байбурин верно подмечает: «Нормы можно считать исторически сложившимися правилами поведения, и тогда они синонимичны стандартам поведения (с приведенной выше оговоркой). Но в понятии “норма” всегда содержится и оценочный смысл. В этом случае норма выступает как выражение некоей “внешней” точки зрения, в соответствии с которой любой поступок может быть охарактеризован как “правильный” или “неправильный”, “хороший” или “плохой”, “высокий” или “низкий” и т.д. Естественным противовесом норме в таком понимании будет нарушение (а не “свободное” поведение, как в первом случае). Более того, норма существует только на фоне нарушений» [1].

Ритуальность в навязчивых состояниях является, как это видно, активизацией коллективного бессознательного уровня психики. Ценность ритуальных действий практически не обосновывается, эта ценность имеет бессознательное обоснование. Бессознательная эффективность навязчивостей (тут мы исходим из достаточно простого допущения, что эффективность психической активности на разных уровнях психики – разная) обусловлена тем смыслом, который не может быть обоснован на уровне сознания.

Ритуал в древности имел одну неоспоримую ценность для архаического сознания – он объяснял существующие связи между миром и космосом, или, иначе, божественным миром. Ритуал делал мир предсказуемым, он объяснял причинно-следственную связь мировых событий. Поэтому ритуал вполне подходил как для прошлого, так и для настоящего и будущего. «Принцип единообразия поведения, неизменности и обязательности для всех членов коллектива имеет в культуре ритуального типа самодовлеющий характер. Жесткость программы обеспечивает успешное прохождение наиболее напряженных точек сценария жизни – отсюда, кстати, отмечаемый многими исследователями психотерапевтический эффект ритуала. В-первых, коллектив преодолевает кризис максимально сплоченным и, во-вторых, по единым для всех рецептам поведения» [1].

Психотерапевтическая функция ритуала обеспечивается его коллективным характером, явлением массовой суггестии. С этой точки зрения компульсивные действия и обсессии представляют собой тот же психотерапевтический процесс, однако вырванный из коллективного контекста и перемещенный на уровень Я-сознания. По этой причине навязчивости уже не способны полноценно выпол-

нять эту защитную функцию. Ритуал обладает психотерапевтической функцией в массе, на уровне отдельной личности он представляет собой фрагмент невроза навязчивых состояний, так или иначе носящий функцию защиты. Каждый человек хранит в своем коллективном бессознательном культуру предков. «Важнейшим условием существования всякого общества является наличие общей (коллективной) памяти» [1].

Навязчивость реализуется ниже порога сознания, на уровне бессознательного смысла. Вытесненные в связи с различными травмами переживания не рационализуются, не попадают в зону сознания (осознания) и поэтому они, прежде всего, проявляются в телесности, в компульсивных действиях. Тело хочет выразить то, чему противостоит психика. Очень ценным наблюдением, подчеркивающим связь переживания ритуала с искусством, является мысль Т.А. Пасто «... в искусстве большая часть того, что воспринимается нами, лежит ниже порога осознания; поэтому при анализе, основываемся только на рациональных, чисто мыслительных конструкциях, имеется большой риск проглядеть один очень важный элемент, без которого никакое искусство не может быть значимым и рассчитывать на продолжительное действие... Многие переживания (художественные и иные) возникают как телесные функции до того, как индивид путем рациональных мыслительных процессов поднимает их на уровень сознания» [10].

Навязчивость как бессознательная защита

Навязчивые состояния можно рассматривать, таким образом, как бессознательную защиту от наказания и как самонаказание, которое желает отвратить наказание извне. Самонаказание подконтрольно и в этом также состоит его терапевтическая функция. Нарушение традиций, норм поведения, мысли о нарушениях моральных предписаний вызывают защиту в виде навязчивостей, которые являются средством избежать каких-либо болезней, наказания в целом. С другой стороны, навязчивости, вызывая массу страданий, являются самонаказанием. Поэтому они сложно поддаются психотерапевтическому воздействию. Налицо мощная нарциссическая (вторичная) выгода: лучше я накажу себя сам, чем меня накажет судьба. Эта негативная терапия будет функционировать неопределенно долго, пока не сформируются другие альтернативные варианты самотерапии или пока не сформируется новая или иная ритуальность в поведении личности. Ведь психотерапия, образно говоря, – это обучение пациента новой ритуальности. Поэтому наличие сопротивления при навязчивых состояниях легко объяснимо.

Системы табу запретов и предписаний, включенные в структуру семейной социализации личности, так или иначе формируют желание запретного плода. Жесткая система предписаний и запретов, особенно характерная для патриархальных культур, формирует у человека желание альтернативного поведения. Желание дистанцироваться от стандартных форм поведения, то есть потребность обладать индивидуальностью, приводит к внутриличностному конфликту между «я должен» и «я хочу». И если «я хочу» противоречит тому, что «я должен», то выбор «я хочу» неминуемо приводит к какому-то виду бессознательного наказания. И это самонаказание в форме навязчивостей, благодаря ритуальности становится попыткой примирения между «я хочу» и «я должен». Не станем забывать простую психоаналитическую истину: каждый симптом является заместителем реальной, часто запретной потребности личности и способом ее удовлетворения одновременно. Не удивительно, что система семейных отношений и коммуникаций так тесно связана с психическим здоровьем ее членов [3, 9].

Социальный контекст навязчивости

Рассмотрим другой, не менее важный, аспект навязчивого состояния. Если поведение человека максимально приближено к системе предписаний и запретов, то в таком случае ответственность за поведение человека целиком лежит на социальной группе. В этом случае также присутствуют механизмы защиты, часто носящие невротический характер: человек постоянно совершает предписанные данной культурой ритуалы, такие как постоянное посещение церкви, соблюдение постов, строго регламентированный характер выбора одежды, подчинение воле родителей в самых интимных вопросах жизни. Логика такого поведения проста: «я буду делать все, как вы считаете правильным, но ответственность за мою жизнь, за мое здоровье, за мой социальный статус уже лежит на вас».

С другой стороны, если все же человек предпочитает альтернативные линии поведения, то в этом случае его окружение говорит ему: «Если ты не хочешь нас слушать, то делай то, что хочешь, но ответственность за твое поведение уже лежит на тебе». Человек, как правило, убегает от родительского контроля, чтоб подпасть под контроль другого человека или другой социальной группы. Дистанцируясь от системы предписаний своего социального окружения, человек вновь попадает в такую же систему предписаний иного социального окружения. Отказ от социальной защиты в угоду индивидуального пути развития чреват страхом утраты чувства опоры. Отказ от предписаний, от ритуальности жизни (а в жизни каждого человека при-

существует ритуальность, часто носящая название привычек или более широкое название – сценария жизни) сопровождается негативными эмоциями. Поэтому навязчивые состояния мы можем определить также и как индивидуальный альтернативный путь развития, имеющий ритуализованный терапевтический характер на уровне бессознательного психического и патологический характер на уровне сознания личности.

Ритуальность как культурный феномен

Религиозные церемонии и ритуалы протекают во вневременности, человек приобщается к духовному, или он внушает себе, что приобщается к духовному, в котором времени нет. Но для человека приобщение к духовному является бегством от реальности, в этом смысле психоаналитическое понимание отражает одну из сторон истины. Священный ритуал, протекающий вне времени, отвергает саму идею времени, идею последовательности, идею начала и конца, рождения и смерти. А это значит, что в религиозных ритуалах человек спасается от осознания и переживания страха смерти. Религиозное время, – это мифическое время, а мифическому времени свойственна обратимость. Именно обратимость времени является основным различием между Священным и Мирским временем. Обратимость времени уже означает отсутствие времени, разрушение последовательности, а значит, и смертности. Мифическое время всегда преобразуется в настоящее время, а постоянное настоящее время – это вечность. Религиозное сознание человека позволяет ему находиться одновременно в двух измерениях жизни – во временной последовательности и в Священном, мифическом времени, в ритуальности, которая заметно снижает уровень тревожности.

Религиозные ритуалы и церемонии имеют для личности именно этот смысл, смысл избавления от страха смерти. Массовое участие в религиозных праздниках является, таким образом, процессом социальной терапии. Массовое участие в чем-либо уже предполагает внушение. Эффект массового внушения блестяще представлен уже в работах Г. Лебона. Тот же эффект наблюдается в сектах, во время так называемого процесса излечения. Массовая психика, освобожденная от личностного элемента, вызывает как феномены кратковременного излечения, так и приступы безумия.

С другой стороны, перенос элементов массовой психики, в частности ритуальности, на поле личностной психики трансформируется в психические расстройства. Личностное начало человека способно раствориться в массовом мышлении, между тем массовое мышление не растворимо в личностном сознании личностное сознание не спо-

собно «переварить» массовое сознание по той простой причине, что в массе вытесняется Я-сознание, а в личностной психике это Я-сознание активно. Массовое сознание (хотя мы считаем этот термин не совсем корректным, так как в массе сознание как психический феномен отсутствует) помещено в мифическое время, личное Я-сознание функционирует в мирском, последовательном времени.

Перенос вневременной мифической психики на поле личностной временной последовательности не остается безнаказанным для психики. По существу, массовые религиозные церемонии, переходящие в экстатические формы, также далеки от понятия психической нормы. Но так как в этом случае вытеснено Я-сознание, психические расстройства не могут быть определены. То, что в массовой психике норма, на уровне личностного сознания трансформируется в психическую патологию. Ритуальность в религиозной церемонии, в поведении отдельной личности становится навязчивым состоянием. Здесь мы имеем картину воспроизводства ритуальности на уровне Я-сознания личности.

Ритуальность как культурный феномен, выполняет в нашей повседневности определенные функции. Практически, всякий праздник является выражением той же самой ритуальности, независимо от того, какую смысловую нагрузку он несет в себе. По сути, мы постоянно в наших празднествах, в наших ритуалах возвращаемся к бессознательному переживанию мифического, священного времени, к началу истории человечества, о котором имеем слишком туманные представления. Праздники представляют собой попытку эмоционально восполнить наш огромный интеллектуальный пробел. При этом ритуалы и празднества в массовом проявлении имеют безусловный терапевтический эффект. Когда же эта ритуальность переходит на уровень Я-сознания, на личностный уровень, то она оборачивается психопатологической реальностью. То, что является нормой для массового сознания, является патологией для личностного Я-сознания.

Это теоретическое допущение обязывает нас пересмотреть наши подходы к процессу психологической помощи лицам, страдающим неврозом навязчивых состояний. Это допущение позволяет нам выдвинуть теоретическую рабочую гипотезу: Навязчивые состояния – это, по сути, механизм возвращения психики к «Священному времени». Это попытка коллективной или объективной психики справиться с психической проблемой. При этом коллективная психика не считается с возможностями индивидуального сознания, она просто не знает этих возможностей и возможностей как таковых вообще, так как для бессознательного нет ограничений.

Для того, чтобы максимально полно понять проблему сознания, необходимо в контекст анализа поместить бессознательное. Вне этих условных противоположностей мы не поймем сам феномен психического. Способом, позволяющим нам понять сознание, является анализ бессознательного. Анализ бессознательного развивает сознание, которое, в свою очередь, позволяет все больше приподнять завесу бессознательного. Вне этого анализа, который может протекать как в примитивной (мифологической) форме, так и в форме целенаправленной интроспекции, мы реально не приблизимся к пониманию психического как такового вообще.

Сознание мыслимо эволюционно как продукт бессознательного, как филогенетически, так и онтогенетически сознание производно от бессознательного. С другой стороны, мы ничего не могли бы знать о бессознательном при отсутствии сознания. Бессознательное порождает сознание в качестве экрана экзистенции, как поле проявления самого себя. Формирование сознания протекает в сложной психической деятельности. Это процесс, которому внутренне присуща конфликтность. В границах этого вечного конфликта противоположностей (а вечный конфликт является необходимым условием жизни вообще) протекает процесс индивидуации человека.

Психотерапия через самопознание

Психоанализ сегодня является одним из психотерапевтических подходов, который наряду с другими используется в терапии психических нарушений [6, 13]. В частности, описана практика психоаналитической терапии тревожных расстройств. В рамках такой терапии идет работа не столько с симптомом, а сколько над расширением представлений о человеке [24]. Встречаются обсуждения оправданности сочетания психоаналитической терапии с фармакологическим лечением психических расстройств [17].

Если речь вести о психоанализе навязчивых состояний, то такие работы довольно широко представлены в научной литературе [21, 22, 26], в том числе в отношении детей [27]. На повестку дня встают вопросы эффективности психоаналитической терапии навязчивых состояний [23], конвергенции психоаналитических и когнитивно-поведенческих подходов в их психотерапии [25]. Не ослабеваает интерес и к опыту Фрейда в терапии навязчивостей [30].

Опыт психотерапевтической работы, накопленный в работе с навязчивыми состояниями личности, подводит нас к принятию принципиально важного положения: навязчивые состояния или, по выражению З. Фрейда, «болезни табу» могут быть успешно преодолены в аналитической парадигме психотерапии. Если мы принимаем

идею о том, что в структуре навязчивых состояний содержится страх перед неизвестными «демоническими» силами, то мы можем также принять идею о том, что эти силы представляют собой трансформацию страха за инцестуозные желания эдипового этапа психосексуального развития. Неизвестные демонические силы представляют собой проекцию больного или теневые образы бессознательного. Раскрытие смысла тени или, в данном случае, симптома позволяет преодолеть навязчивые состояния, расширяя границы сознания.

Каждый симптом имеет смысл. Симптом имеет свою цель, свой смысл, который сводится к простой формуле: удовлетворение инстинкта с одновременным его отрицанием. Так как для сознания неприемлемо удовлетворение инстинкта, а для бессознательного это удовлетворение чрезвычайно важно (так как принцип наслаждения господствует в бессознательном), то вследствие этого формируется симптом навязчивости, который замещает это удовлетворение.

Социальный мир нам дан от рождения, этот единственный из возможных миров, в котором пытаются сосуществовать психика и ограничивающие ее активность социальные нормы. Эти социальные табу сформированы как раз «по образу и подобию» психической активности. То есть социальные табу генерируются психической реальностью человека. Самопознание человека привело к необходимости формирования этой мощной системы социальных табу. Человек, пытаясь познать самого себя, начинает испытывать страх перед самим собой. Преодоление этого страха частично становится возможным с помощью социальных ограничений. Многочисленные психологические теории развития невротической личности, так или иначе, основываются на конфликте между психикой и системой социальных табу. На этом также базируются и многие стратегии адаптивного и дезадаптивного поведения личности в состоянии болезни [7, 11].

Самопознание становится единственным способом выхода из этого вечного конфликта. По сути, все без исключения психотерапевтические модели основаны на принципе самопознания, разница лишь в теоретической парадигме. Поэтому нет и не может быть плохих и хороших терапевтических моделей, могут быть и существуют различные грани (в виде психотерапевтических моделей) процесса самопознания. Жить в реальном мире предполагает умение контролировать собственное поведение или, несколько иначе, собственные отклонения. По сути, психически здоровый человек – это человек, контролирующий «собственное безумие». И контролировать безумие других становится самым оптимальным способом контроля над собственными отклонениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбурин А.К. Ритуал в традиционной культуре Структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов. СПб.: Наука, 1993 г. 253 с.
2. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. 320 с.
3. Белоколов В.В., Николаев Е.Л. Семейные эмоциональные коммуникации у больных с психическими расстройствами // Вестник Чувашского университета. 2013. № 4. С. 192–196.
4. Дальке Р. Болезнь как путь. Значение и предназначение болезни. М.: Вест, 2004. 232 с.
5. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект, 2000. 460 с.
6. Корчмарюк В.А. Феноменология и особенности проблемно-ориентированного психоанализа // Вестник психотерапии. 2006. № 16. С. 117–135.
7. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
8. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. 445 с.
9. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
10. Пасто Т.А. Заметки о пространственном опыте в искусстве // Семиотика и искусствознание. М.: Мир, 1972. 364 с.
11. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. 2006. № 4. С. 366–372.
12. Телле Р. Психиатрия. Минск: Высшая школа, 1999. 118 с.
13. Федоров Я.О. Современный психоанализ в психиатрической практике // Вестник психотерапии. 2008. № 27. С. 91–101.
14. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академический проект, 2004. 848 с.
15. Фрейд З. Навязчивость, паранойя и перверсия. М.: Фирма СТД, 2006. 308 с.
16. Эдингер Э. Творение сознания. Миф Юнга для современного человека. СПб.: Б&К, 2001. 112 с.
17. Bers S.A. Learning about psychoanalysis combined with medication: a nonphysician's perspective. *J Am Psychoanal Assoc*, 2006, vol. 54(3), pp. 805–831.
18. Cohen D. Does experimental research support psychoanalysis? *J. Physiol Paris*, 2011, vol. 105(4-6), pp. 211–219. doi: 10.1016/j.jphysparis.
19. Darcourt G. Psychoanalytic and clinical prospects of obsessive disorders [Article in French]. *Encephale*, 1990, vol. 16, Spec. No, pp. 305–309.
20. Fink K. The bi-logic perception of time. *Int. J. Psychoanal*, 1993, vol. 74 (pt 2), pp. 303–312.
21. Haft J. «On my way here, I passed a man with a scab»: understanding a case of severe obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Q*, 2005, vol. 74(4), pp. 1101–1126.
22. Hoffman T. Whose termination is it anyway? *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 2009, vol. 37(3), pp. 457–476. doi: 10.1521/jaap.2009.37.3.457.
23. Jenike M.A. Obsessive-compulsive disorder: efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials. *Psychopharmacol. Bull.*, 1993, vol. 29(4), pp. 487–499.
24. Kawatani D. Psychoanalytic treatment for patients with anxiety disorder [Article in Japanese]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 2012, vol. 114(9), pp. 1070–1076.

25. Kempke S., Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence? *Bull Menninger Clin*, 2007, vol. 71(4), pp. 291–311. doi: 10.1521/bumc.2007.71.4.291.
26. Kradin R. Converting a Freudian analysis into a Jungian one: obsession, addiction, and an answer from Job. *J. Anal. Psychol.*, 2014, vol. 59(3), pp. 346–365. doi: 10.1111/1468-5922.12082.
27. McGehee R.H. Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: the treatment of a ten-year-old boy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2005, vol. 53(1), pp. 213–237.
28. Nikolaus S., Antke C., Müller H.W. In vivo imaging of synaptic function in the central nervous system: II. Mental and affective disorders. *Behav. Brain. Res.*, 2009, vol. 204(1), pp. 32–66. doi: 10.1016/j.bbr.2009.06.009.
29. Oberbeck A., Stengler K., Steinberg H. On the history of obsessive compulsive disorders: their place in the nosological classifications up to the beginning of the 20th century [Article in German]. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 2013, vol. 81(12), pp. 706–714. doi: 10.1055/s-0033-1355702.
30. Osman M.P. Freud's Rat Man from the perspective of an early-life variant of the Oedipus complex. *Psychoanal Q*, 2009, vol. 78(3), pp. 765–790.

REFERENCES

1. Baiburin A.K. *Ritual v traditsionnoi kul'ture. Strukturno-semanticheskii analiz vostochnoslavjanskikh obryadov* [Ritual in the traditional culture. Structural-semantic analysis of the East Slavic rites]. St. Petersburg, Nauka Publ., 1993, 253 p.
2. Batarshhev A.V. *Diagnostika pogranychnykh psikhicheskikh rasstroistv lichnosti* [Diagnosis of borderline mental disorders personality]. Moscow, 2004, 320 p.
3. Belokolodov V.V., Nikolaev E.L. *Semeinye emotsional'nye kommunikatsii u bol'nykh s psikhicheskimi rasstroistvami* [Family emotional communications in patients with mental disorders]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 4, pp. 192–196.
4. Dal'ke R. *Bolezn' kak put'*. *Znachenie i prednaznachenie bolezni* [Illness as way. The meaning and purpose of disease]. Moscow, 2004, 232 p.
5. Korolenko Ts.P. *Sotsiodinamicheskaya psikiatriya* [Sociodynamic psychiatry]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2000, 460 p.
6. Korchmaryuk V.A. *Fenomenologiya i osobennosti problemno-orientirovannogo psikhooanaliza* [Phenomenology and features of problem-oriented psychoanalytic psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2006, no. 16, pp. 117–135.
7. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic interrelations in cardiac pathology: current research trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
8. Mendelevich V.D. *Psikhologiya deviantnogo povedeniya* [Psychology of deviant behavior]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2005, 445 p.
9. Nikolaev E.L. *Pogranychnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as phenomenon of psychology and culture]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2006, 384 p.
10. Pasto T.A. *Zametki o prostranstvennom opyte v iskusstve* [Notes on the spatial experience in art and semiotics]. In: *Semiotika i iskusstvometriya*. Moscow, 1972, 364 p.
11. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie mekhanizmy sovladaniya pri dezadaptatsii lichnosti: kul'tural'nyi aspekt* [Psychological mechanisms of coping with maladjustment of personality: cultural aspect]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2006, no. 4, pp. 366–372.

12. Telle R. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Minsk, 1999, 118 p.
13. Fedorov Ya.O. *Sovremennyyi psikhoanaliz v psikhiatricheskoi praktike* [Modern psychoanalysis in psychiatric practice]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2008, no. 27, pp. 91–101.
14. Fenikhel' O. *Psikhoanaliticheskaya teoriya nevrozov* [Psychoanalytic theory of neurosis]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2004, 848 p.
15. Freid Z. *Navyazchivost', paranoiya i perversiya* [Obsession, paranoia and perversion]. Moscow, 2006, 308 p.
16. Edinger E. *Tvorenje soznaniya. Mif Yunga dlya sovremennogo cheloveka* [Creation of consciousness. Young myth for modern man]. St. Petersburg, 2001, 112 p.
17. Bers S.A. Learning about psychoanalysis combined with medication: a nonphysician's perspective. *J Am Psychoanal Assoc*, 2006, vol. 54(3), pp. 805–831.
18. Cohen D. Does experimental research support psychoanalysis? *J. Physiol Paris*, 2011, vol. 105(4-6), pp. 211–219. doi: 10.1016/j.jphysparis.
19. Darcourt G. Psychoanalytic and clinical prospects of obsessive disorders [Article in French]. *Encephale*, 1990, vol. 16, Spec. No, pp. 305–309.
20. Fink K. The bi-logic perception of time. *Int. J. Psychoanal*, 1993, vol. 74 (pt 2), pp. 303–312.
21. Haft J. «On my way here, I passed a man with a scab»: understanding a case of severe obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal Q*, 2005, vol. 74(4), pp. 1101–1126.
22. Hoffman T. Whose termination is it anyway? *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 2009, vol. 37(3), pp. 457–476. doi: 10.1521/jaap.2009.37.3.457.
23. Jenike M.A. Obsessive-compulsive disorder: efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials. *Psychopharmacol. Bull.*, 1993, vol. 29(4), pp. 487–499.
24. Kawatani D. Psychoanalytic treatment for patients with anxiety disorder [Article in Japanese]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 2012, vol. 114(9), pp. 1070–1076.
25. Kempke S., Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence? *Bull Menninger Clin*, 2007, vol. 71(4), pp. 291–311. doi: 10.1521/bumc.2007.71.4.291.
26. Kradin R. Converting a Freudian analysis into a Jungian one: obsession, addiction, and an answer from Job. *J. Anal. Psychol.*, 2014, vol. 59(3), pp. 346–365. doi: 10.1111/1468-5922.12082.
27. McGehee R.H. Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: the treatment of a ten-year-old boy. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2005, vol. 53(1), pp. 213–237.
28. Nikolaus S., Antke C., Müller H.W. In vivo imaging of synaptic function in the central nervous system: II. Mental and affective disorders. *Behav. Brain. Res.*, 2009, vol. 204(1), pp. 32–66. doi: 10.1016/j.bbr.2009.06.009.
29. Oberbeck A., Stengler A., Steinberg H. On the history of obsessive compulsive disorders: their place in the nosological classifications up to the beginning of the 20th century [Article in German]. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 2013, vol. 81(12), pp. 706–714. doi: 10.1055/s-0033-1355702.
30. Osman M.P. Freud's Rat Man from the perspective of an early-life variant of the Oedipus complex. *Psychoanal Q*, 2009, vol. 78(3), pp. 765–790.

Микаелян В.А., Микаелян Э.В. Феномен ритуальности при навязчивых состояниях: психоаналитический этюд // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 79–106.

Аннотация. Навязчивые состояния (обсессии) традиционно рассматриваются с психиатрических позиций. Вопрос психоаналитических перспектив проблемы навязчивых состояний заслуживает отдельного рассмотрения. Любые виды деятельности могут иметь характер навязчивости. В ритуальных действиях мы можем видеть попытки избавления от неосознанной вины, в связи с чем формируется желание испытать наказание за это. Выгода навязчивостей в том, что они частично подконтрольны индивиду, он выполняет их в строгой последовательности и с определенной периодичностью. Навязчивость играет двойную роль, – как психическая защита и как удовлетворение импульсов бессознательного уровня психики. Навязчивые состояния всегда имеют в качестве запускающей причины некий травматический опыт. Механизмом их формирования является смещение. Процесс трансформации обсессий в компульсивные нарушения чаще следующий: защитные силы не способны спасти сознание от навязчивых мыслей, на смену чему приходит компульсивная активность, берущая защитную функцию. Когда в поведение личности вторгается ритуальность в виде навязчивых состояний, Я-сознанию отводится незавидная роль контролера над неконтролируемым. Психика наполняется незнакомым, с точки зрения Я-сознания, содержанием, которое должно ассимилироваться в контексте принципа «здесь и теперь». Следствием этих попыток ассимиляции становится формирование навязчивых состояний. Таким образом, навязчивые состояния могут быть рассмотрены как результат частичной ассимиляции Я-сознанием архаических содержаний филогенеза. Навязчивые состояния можно также определить как индивидуальный альтернативный путь развития, имеющий ритуализованный терапевтический характер на уровне бессознательного психического и патологический характер на уровне сознания личности. Это попытка коллективной или объективной психики справиться с психической проблемой. При этом коллективная психика не считается с возможностями индивидуального сознания, так как для бессознательного нет ограничений. Сегодня психоаналитическая модель навязчивостей является одним из психотерапевтических подходов, который используется в терапии навязчивых состояний. Все психотерапевтические модели основаны на принципе самопознания.

Ключевые слова: ритуальность, психоанализ, навязчивые состояния, обсессии, невроз навязчивых состояний, обсессивно-компульсивное расстройство, терапевтический смысл, психотерапия.

Информация об авторах:

Микаелян Владимир Акопович, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии Ереванского государственного университета. Армения, 0025, Ереван, ул. Алека Манукяна, 1, тел. +374 60 710636, v_mikaelyan@mail.ru.

Микаелян Эрик Владимирович, соискатель, преподаватель кафедры социальной психологии Ереванского государственного университета. Армения, 0025, Ереван, ул. Алека Манукяна, 1, тел. +374 10 555240.

Mikayelyan V., Mikayelyan E. Fenomen ritual'nosti pri navyazchivnykh sostoyaniyakh: psikhoanaliticheskiy etyud [Ritual phenomenon in obsessive disorders: psychoanalytic etude] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 79–106.

Abstract. Obsessive-compulsive disorders (obsessions) are traditionally viewed from the angle of psychiatry. But special attention should be given to the possibility of their being viewed from the angle of psychoanalysis. Any activities can turn obsessive. We can regard ritual activities as an attempt to get rid of unconscious guilt, therefore the desire to be punished is formed. The advantage of obsessions is that they can be partly controlled by a person, who feels them in strict sequence and at certain intervals. Obsession plays a double role, it is both a psychological defence and the satisfaction of impulses of the Unconscious. Obsessions are always triggered by some traumatic experience. The mechanism for their formation is displacement. The process of obsessions' transforming into compulsive disorders is mostly as follows: defences are not able to keep consciousness from obsessional thoughts, which is followed by compulsive activity taking up the function of defence. When a person's behaviour gets ritual due to obsessions, Ego's role is pitiable, for it has to control the uncontrollable. The psyche is filled with content which is unknown from the point of view of Ego and which should be assimilated in accordance with the here-and-now principle. The consequence of these attempts at assimilation is the formation of obsessive-compulsive disorder. Thus, obsessive-compulsive disorders can be viewed as a result of partial assimilation by Ego of archaic contents of phylogenesis. Obsessions can also be defined as an individual alternative way of development the nature of which is ritualised and therapeutic at the level of the Unconscious and is pathologic at the level of consciousness. This is an attempt of collective or objective psyche to cope with a mental problem. At the same time collective psyche ignores the abilities of individual consciousness, as there are no limits to the Unconscious. Today the psychoanalytical model of obsessions is one of the psychotherapeutic approaches used in the treatment of obsessive-compulsive disorders. All the psychotherapeutic models are based on the principle of self-knowledge.

Keywords: ritual, psychoanalysis, obsessive disorder, obsessions, obsessive neurosis, obsessive-compulsive disorder, therapeutic significance, psychotherapy.

Information about authors:

Mikaelyan Vladimir, Ph.D. in Psychology, Assistant Professor of Social Psychology Department, Yerevan State University; 1, Alex Manoogian st., Yerevan, 0025, Armenia, tel. +374 60 710636, *v_mikaelyan@mail.ru*.

Mikaelyan Erik, Ph.D. student, Assistant Lecturer of Social Psychology Department, Yerevan State University; 1, Alex Manoogian st., Yerevan, 0025, Armenia, tel. +374 60 710636, *erik@iws.am*.

Поступила: 20.04.2015

Received: 20.04.2015

УДК 616.89-008.441.33-053.6

ББК Р645.021.1

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ОРГАНИЗАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

С.В. Велиева

*Чувашский государственный педагогический университет имени И.Я. Яковлева,
Чебоксары, Россия*

Введение

Постоянное увеличение числа детей, подростков и молодежи с аддиктивными формами поведения оказывается в последние годы одной из ведущих проблем общества. Распространенность курения, употребления алкогольных напитков и наркотически действующих веществ среди детей и подростков представляет серьезную опасность их физическому, психическому и нравственному здоровью, приводит к биологической, генетической и социальной деградации личности, создает угрозу здоровью и благополучию общества в целом [18].

Незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ среди подрастающего поколения сейчас распространилось в размерах, тревожащих международную и российскую общественность [6, 23–25]. Уровень спроса и предложения психоактивных веществ в популяции оказывается индикатором, наиболее чутко реагирующим на изменение ситуации, связанной с показателями заболеваемости химическими зависимостями [6]. В «Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде» Минобрнауки России особо подчеркнута значение профессиональных, организационных ресурсов системы образования, позволяющих обеспечить комплексное, системное воздействие на несовершеннолетних и молодежь с целью формирования культуры и установок на здоровый и безопасный образ жизни [18]. В этой связи важно объединить усилия государства, правоохранительных органов, общественных организаций и системы образования – создать эффективно действующую систему межведомственного взаимодействия [5], являющуюся основным звеном комплекса мер первичной профилактики аддиктивного поведения среди молодежи [11].

В данной работе под первичной профилактикой мы понимаем комплекс мер, позволяющих предотвращать возникновение и разви-

тие у подростков зависимого поведения, проявляющегося специфическими психическими и поведенческими нарушениями (химическая зависимость), требующими медицинской помощи врачей-наркологов [6]. Важность раннего выявления и преодоления склонности к аддиктивному поведению обусловлена возможностью предотвратить переход экспериментирования с психоактивными веществами в болезнь, повлиять на развитие необратимости ситуации.

Правовым фундаментом для реализации мер первичной профилактики потребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения среди детей и подростков, юридическим основанием для проведения в учреждениях образования Чувашии работы по предупреждению потребления психоактивных веществ с учетом возможностей межведомственного взаимодействия являются следующие нормативно-правовые акты: Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»; Стратегия государственной антинаркотической политики до 2020 г. (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 09.06.2010 г. № 690); Закон Чувашской Республики от 21.10.2013 г. № 68 «О внесении изменений в Закон Чувашской Республики «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ»; Государственная программа Чувашской Республики «Развитие физической культуры и спорта на 2014–2020 гг.»; Республиканская и муниципальная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Чувашской Республике на 2010-2020 гг.»; Закон Чувашской Республики «Об охране здоровья граждан в Чувашской Республике» и др.

Большое число отечественных исследований в области аддиктивного поведения у детей и подростков посвящено изучению социально-психологических детерминант, личностных особенностей аддиктов, типологий, моделей формирования и протекания химической аддиктивности в подростковых группах [3, 4, 6, 8, 9, 24, 25], установлению факторов риска формирования аддикций, ведущих мотивов употребления психоактивных веществ, диспозиций, интересов, ожиданий, ценностей аддиктов [7, 12, 13, 15, 17, 22]. Наиболее активно ведутся исследования по определению путей профилактики аддиктивного поведения, разработке ее концептуальных подходов [2, 19, 21]. Большинство из них реализуется в междисциплинарном поле, объединяющем медицину, психологию, педагогику, право, другие области знаний и практики, часто не фиксирующемся конкретно

на проблеме «зависимости», а ориентирующем подростка на расширение личных адаптивных возможностей [1, 10, 14, 16, 20].

На сегодняшний день, несмотря на большое число публикаций по данной проблеме и определенные достижения в этой области, не сложилось однозначного подхода к пониманию сущности первичной профилактики и коррекции аддиктивности, определению структурных компонентов, функциональных механизмов, видов превентивной помощи, ориентированных на специфические возрастно-психологические особенности подростков, учитывающие их индивидуально-личностные особенности, что и определило цель настоящего исследования – психологическое обоснование мероприятий первичной профилактики аддиктивного поведения у подростков.

Материал и методы

Экспериментальное исследование проводилось на базе нескольких общеобразовательных школ г. Чебоксары. В нем приняли участие 120 подростков 14–17 лет обоего пола с согласия их родителей.

Для выявления уровня склонности к аддиктивному поведению были использованы «Опросник склонности к отклоняющемуся поведению» А.Н. Орла (СОП) и анкета для выявления отношения подростка к психоактивным веществам.

Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) состоит из 98 вопросов, позволяющих выявить социальные и личностные установки, готовность к реализации форм отклоняющегося поведения, в том числе и склонности к аддиктивному поведению.

Анкета «Отношение к ПАВ» позволяет установить отношение несовершеннолетних с родителями, к кризисным и трудным ситуациям, ценностям и приоритетам в жизни; оценить опыт проб табака, алкоголя и наркотиков, частоту их употребления; исследовать представления о вреде и последствиях употребления психоактивных веществ; отношение к злоупотребляющим алкоголем и наркотиками; собственный взгляд на меры превентивной помощи. Полученные данные позволяют сделать выводы о степени риска развития зависимости.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных при помощи методики СОП результатов позволил выявить 48,3% подростков с гедонистическими нормами, ценностями удовольствия и ориентации на чувственную сторону жизни, с потребностями в новых ощущениях. В этой группе респондентов обнаруживаются готовность реализовать аддиктивное поведение, склонность к модифицированию своего психического состояния по-

средством приема психоактивных веществ, стремление к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Большинство респондентов (51,7%) показали результаты, свидетельствующие о достаточном социальном контроле поведенческих реакций.

Ответы на вопросы анкеты позволили установить доверительные отношения с обоими родителями лишь у 8,3% респондентов. Доверяют одному из родителей 41,7% несовершеннолетних, отмечают отдаленность (33,3%) и напряженные отношения с родителями 16,7% подростков. Авторитетом у старшеклассников являются преимущественно сверстники (75%). В равной степени пользуются авторитетом родители и учителя (по 8,3%), столько же респондентов ответили, что для них никто не является авторитетом. В случае кризисной, трудной жизненной ситуации старшеклассники обратятся за помощью к родителям (66,7%), друзьям (16,7%), учителям (8,3%), будут искать собственный выход (8,3%).

Ценностями первостепенной важности подростки называют гедонистические удовольствия (48,3%); материальное благополучие (26,7%); профессиональную карьеру (12,5%); семью (8,3%); здоровье (4,2%). Отношение к курению преимущественно индифферентное (49,2%); категорическое отрицание (32,5%); спокойно относятся к курению (7,5%); пробовали «за компанию» (10%).

Респонденты обнаружили отношение к спиртному: позитивное (25%), негативное (25%), нейтральное (50%). Никогда не пробовали наркотики (98,3%), считают, что стоит попробовать ради экспериментирования, интереса (1,7%), их употребление считается нормой (56,7%); смогут во время остановиться (1,7%).

Причинами возникновения начала употребления психоактивных веществ у подростков большинство старшеклассников считает любопытство (55,8%). К числу факторов, обуславливающих употребление психоактивных веществ, относят также доказательство собственной взрослости (25%), уход от решения проблем (16,7%), способ расслабиться (2,5%). Осознают необходимость работы по предупреждению химической зависимости 93,3%. Предпочтительными и наиболее эффективными мероприятиями по защите от табакокурения, употребления наркотиков считают организацию психологического сопровождения и взаимопомощи (60%), занятия по профилактике психоактивных веществ (33,3%), разработку и демонстрацию наглядных материалов (6,7%).

Анализ результатов позволил выявить 48,3% подростков с предрасположенностью к модифицированию своего психического состояния посредством приема психоактивных веществ (ПАВ), стремлением

к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Для этой группы подростков характерны превалирование гедонистических ценностей, нестабильность отношений с окружающими, недостаточная степень овладения способами решения личностных и межличностных проблем, любопытство, чрезвычайная самоуверенность, напряженные отношения с родителями.

С целью устранения этих особенностей нами была разработана модульная система тренинговых занятий «Выбор за мной», включающая следующие аспекты:

1. Когнитивный – распространение сведений о сущности психоактивных веществ, деструктивном характере последствий их употребления для человека (его здоровья, поведения, личности), семьи и общества; раскрытие биологических, медицинских и психологических причин употребления психоактивных веществ.

2. Аутопсихологический – выработка навыков рефлексии и саморегуляции; способов планирования, программирования, принятия решений и создания своего жизненного пространства; развитие социального иммунитета (способности противостоять негативным воздействиям социальной среды).

3. Конструктивно-технологический – формирование ассертивности, произвольности, социальной ориентированности, интернальности, социальной и речевой компетентности, активного слушания, социальной наблюдательности, важных жизненных компетенций, необходимых для решения проблем, противостояния негативному влиянию социального окружения. Выработка навыков ответственного и уверенного поведения, нормализации отношений с окружающими.

4. Аксиологический – развитие гуманистически ценностных ориентаций как устойчивых ценностных отношений подростка к себе, Другому, миру и т.д.; приобщение к здоровьесберегающим и здоровьеформирующим видам деятельности.

5. Валеологический – укрепление ценности здоровья как основы успеха и благополучия, формирование безопасного поведения, установки на здоровый образ жизни; преобразование своего жизненного пространства, выработка позиции «Я в ответе за свой выбор и свою жизнь»; знакомство с опытом преодоления зависимости у сверстников, стимулирование осознания своих собственных чувств и желаний.

Занятия проводятся по модулям: «В мастерской социального тренера»; «Хорошо там, где я есть»; «Пригласить успех и отказаться от неудачи»; «Скажи Жизни «Да!»», «О здоров! ление».

Профилактическая педагогическая деятельность в каждом модуле направлена на:

- создание позитивной социокультурной среды, комплекса условий для адаптации, проявления личного потенциала, действия внутреннему изменению личности, формированию субъектной позиции и социально значимых ценностей;
- формирование веера альтернатив ресурсного и безопасного поведения, установок на здоровый образ жизни, аддиктивной настороженности и невосприимчивости, устойчивой экологичной личностной позиции в отношении к употреблению психоактивных веществ;
- повышение грамотности, компетентности и культуры подростков в вопросах саморазвития, взаимодействия с окружающими, сохранения психического и физического здоровья;
- достижение состояния согласованности внутреннего (личностных установок, базового потенциала, субъектной активности) и внешнего (социально детерминированного) для инициации собственного ответственного, безопасного, конструктивного поведения.

Продолжительность проведения одного модуля примерно 12 академических часов. Модульная система тренинговых занятий «Выбор за мной» предлагалась для всех участников исследования, поскольку работа только с категорией подростков, склонных к аддикциям, приводит к сужению области профилактической деятельности.

В ходе реализации вышеуказанных направлений важно правильно подобрать формы и методы работы с подростками. Следует учитывать, что все формы работы с подростками (групповые, совместные, индивидуальные) предусматривают, прежде всего, просветительский и развивающий характер.

На современном этапе выделяются различные групповые формы взаимодействия с подростками. Это всевозможные молодежные клубы, ролевые игры, семинары и пр. Практика показала наибольшую эффективность интерактивных форм работы (тренинг, дискуссия, ролевая и деловая игра и пр.).

Содержание тренингов модульной системы тренинговых занятий «Выбор за мной» определяется конкретными задачами, стоящими перед ведущими, актуальными запросами участников, индивидуальными и возрастными особенностями.

Используются тренинговые занятия с учетом:

- проблем участников, связанных с недостаточной сформированностью определенных навыков (адаптированности, социально-

коммуникативных навыков, межличностных отношений), например: тайм-менеджмент, тренинг уверенности в себе и толерантности, тренинг личностного роста и пр.;

- сферы психологической практики: по степени отнесенности задач группы к психотерапии, психокоррекции, развитию и обучению, например: тренинги терапевтической направленности, развивающие, психокоррекционные, обучающие и демонстрационные.

В системе тренинговых занятий «Выбор за мной» используются два варианта организации групп: статичная (с постоянным числом участников) и мобильная (состав и число участников могут варьироваться).

Состав подростковых групп может быть как однородным, так и комбинированным (по специфике личностных особенностей, полу, возрасту, уровню интеллекта, типу личности и стилю поведения; по психологическим проблемам, мотивации, убеждениям и ценностным ориентациям; целям участия в группе и пр.) в зависимости от темы занятия.

Цикл занятий используется комбинированный: предусматривается 30 обязательных мероприятий, которые вносятся в расписание в виде факультатива с фиксированной датой окончания, но каждый учащийся имеет возможность выбрать варианты и число встреч по своему желанию из психологических мероприятий, предлагаемых во внеурочное время.

В практике хорошо зарекомендовали себя следующие вариативные формы работы по снижению факторов риска зависимого поведения.

Просветительская работа в форме лекториев (по индивидуальному запросу, по плану специалиста, по типичным возрастным проблемам). Подобная деятельность позволяет раскрыть ряд вопросов, касающихся актуальных тем, проблем социальной, правовой и медицинской направленности. Привлечение разных специалистов для проведения лекториев обеспечивает комплексное решение ряда возникающих у подростков вопросов, при этом информация о психоактивных веществах занимает не более 10–15% объема.

Немногословная наглядная информация (файлеры («Интернет-аддикция»), демотиваторы («Пригуби → губи? = беги»), карты (регистрация результатов исследований по ситуации в городе, республике, России), стенды («Шпаргалки для Вас»), памятки («Правила поведения на дороге Жизни»), выставки книг на заданную тематику («Аддикции: мифы и реальность»), специализированные журналы, информационные листовки, фотографии и пр.)

способствуют созданию эмпирической основы для аналитической деятельности подростков, образному воссозданию феноменологии явления, его структуры и взаимосвязей.

Информационные ресурсы (социальные сетевые сервисы (Веб 2.0), видеотренинги, видеоконсультации, вебинары, информационное наполнение сайта учебного заведения, информационные ресурсы различных сетей, компьютерные коррекционно-диагностические программы и пр.) обеспечивают организацию пролонгированного дистанционного сопровождения процесса профилактики и информирования по выбранной проблеме.

Экскурсии школьников в лечебно-профилактические учреждения под патронажем квалифицированных ведущих, групповые видеотренинги, совместный просмотр видеоматериалов («Игла», «Реквием по мечте», «Мост» и пр.) с последующим обсуждением помогают проанализировать факторы, приводящие к формированию аддиктивного поведения, наглядно демонстрируют деструктивный характер употребления ПАВ для личности, семьи и общества; способствуют развитию альтернативности мышления, определению ошибок на материале негативного опыта Другого. Взрослый не запугивает подростка в ходе обсуждения увиденного, а раскрывает альтернативы, возможности, адаптивные, ресурсные и безопасные варианты успешной жизнедеятельности.

Совместные с родителями собрания и тренинги, самостоятельная и под руководством супервизора организация старшеклассниками профилактических мероприятий для младших классов, участие в волонтерских акциях способствуют рациональному восприятию проблем, тонизируют психологическую активность подростков, формируют ответственное поведение, помогают сформировать навыки адекватного конструктивного взаимодействия со сверстниками и с родными в семье. Эти мероприятия преимущественно направлены на гармонизацию взаимоотношений подростка с социальным окружением и семьей, оптимизацию социальных контактов, обретение установок на экзистенциальные ценности (значимость жизни, любви, смысла, свободы, ответственности, обретение и осознание уникального автономного способа своего существования и деятельности, аутентичность) и опыт с включением личностных, социальных, духовных смыслов.

Интенсивные семинары предоставляют возможность оценить степень собственной готовности противостоять негативным воздействиям среды, позволяют также обсуждать типичные ошибки и установки, мифы и легенды в отношении психоактивных ве-

ществ, вырабатывать конкретные рекомендации по предупреждению их употребления, стимулируют собственную активность подростков в решении жизненных задач, формируют представления о своем будущем, личной перспективе, осмысленности своего существования.

Мастер-классы повышают мотивацию подростков, их вовлеченность в решение внутри- и межличностных проблем, способствуют осознанию мотивов, намерений, стратегий поведения, фрустрации партнеров по общению, социально-психологических проблем взаимосвязи, овладению техниками общения.

Групповые дискуссии способствуют генерированию идей, оценочных суждений, разработке подхода к той или иной проблемной жизненной ситуации, формируют критичность мышления и готовность выражать и отстаивать собственное мнение в условиях социального давления, противодействовать неадекватному рискованному поведению. Различают следующие формы дискуссии:

- тематическая – обмен мнениями по заданной ведущим теме;
- конкретная – анализ предложенной самими участниками проблемной ситуации;
- творческая – выработка нестандартного подхода решения задач трудной, кризисной жизненной ситуации с помощью «мозгового штурма».

В играх-инсценировках имеется возможность апробировать варианты решения конфликтных ситуаций. В ходе деловых и ролевых игр используются проектные задания, групповой анализ личного опыта, обмен информацией и опытом, творческие задания и т.д., что содействует освоению методик принятия решений, развитию самоконтроля, адекватной самооценки, оценки и прогнозирования ситуации. Задача психолога – помочь подросткам понять, каков уровень их социально-коммуникативной компетенции, каким образом они пытаются их реализовать.

Совместное участие подростков и их родителей, подростков и педагогов в медиации, сеансах с применением психотерапевтических техник (психодрамы, сказкотерапии, арт-терапии), субботников, трудовых десантов, а также применение различных игровых приемов, заданий позволяет выработать навыки поддержки партнера, коммуникативных умений, сформировать ответственность за себя и близкого и т.п.

Полезна организация досуговой деятельности подростков (развлечений, конкурсов, вечеров досуга, творческих мастерских, исследовательской деятельности, оформление фотолетописи и пр.).

Участие подростков в туристических походах, спортивных играх, здоровьесформирующих тренингах, спортивно-оздоровительных состязаниях, спортивных праздниках, в том числе с родителями, способствует укреплению ценности здоровья как источника жизненного благополучия, опыта преодоления реальных трудностей, формирует эгоцентрированность (вместо эгоцентрированности).

Для организации превентивной деятельности активно используются аутогенный метод, релаксация, психогимнастические этюды, упражнения на снятие напряжения, стабилизацию психоэмоционального состояния, развитие сензитивности, тренировка навыков активного слушания, рефлексии.

Заслуживают внимания сочинения и эссе («Конец незавершенным делам», «Мое жизненное кредо», «Стиль жизни успешного человека»), сюжетно-ролевые игры («Встать! Суд идет!»), психотехнические игры («чтение мыслей, чувств», «живая скульптура»), обмен ролями с родителями и педагогами («подросток – родитель», «подросток – педагог», «подросток – Другой» и пр.), проигрывание вариантов развития событий («Я и мое окружение 10 лет спустя...если...»), модели проблемных ситуаций межличностного общения, приемы невербального взаимодействия, психодраматические постановки.

Эффективными методами признаются «проективный рисунок» и «спонтанный танец» на заданную тематику. Используется совместное с Другим изображение ощущений и переживаний при прослушивании музыкального произведения, которое воспроизводится через рисование на одном листе или в парном танце.

В фокус-группе с подростками обсуждается опыт налаживания взаимоотношений в семье, с педагогами, со сверстником и т.д., знакомятся с опытом ответственного, зрелого и адаптивного поведения в обычных и трудных жизненных ситуациях.

Индивидуальная форма включает преимущественно селективные профилактические вмешательства и обусловлена специфической направленностью психологических воздействий, наличием трудностей межличностного общения (иных проблем), определенных личностных особенностей подростков, подверженных риску аддиктивного поведения.

Тренинги, семинары, конференции, праздники, клубы, неформальные встречи и пр. – все эти формы работы способствуют рождению сплоченного коллектива единомышленников, формированию позитивных жизненных ценностей. В совместных коллективных формах деятельности создаются ситуации успеха, подростки ощу-

щают доброжелательное отношение окружающих, приобретают навыки партнерского комплементарного общения с окружающими, аутопсихологические компетенции, способность осваивать и реализовывать техники самоорганизации, саморазвития, самопонимания.

Эффективность превентивной помощи подросткам оценивается по субъективным (отчеты подростков) и объективным (выявление динамики психических и психологических явлений) параметрам.

Для выявления динамики преодоления склонности к аддиктивному поведению у подростков был проведен промежуточный срез, в котором был использован тот же диагностический инструментарий, что и на констатирующем этапе. Обнаружены позитивные изменения большинства респондентов, а именно: увеличилось число подростков с социально одобряемыми ценностями, которые отметили улучшение взаимоотношений в семье, с педагогами и со сверстниками и продемонстрировали владение адаптивными способами решения личностных проблем.

Заключение

Выявленные позитивные изменения позволяют утверждать, что в результате применения модульной системы тренинговых занятий «Выбор за мной» снижается риск приобщения подростков к злоупотреблению психоактивными веществами, а также к другим формам аддиктивного поведения. Промежуточные результаты носят широкий личностный характер и получены не только и не столько благодаря информированию о вреде и опасности психоактивных веществ, сколько на выработке тех личностных компетенций, которые снижают вероятность приобщения к ним. Стоит отметить важность отсроченного положительного результата, а не только промежуточного. В связи с этим превентивная педагогическая деятельность должна быть пролонгированной, комплексной и носить, прежде всего, комплементарный характер, обеспечивая устойчивость результатов превентивной помощи старшекласникам. Считаем, что наиболее эффективными являлись включение заданий на самостоятельную и под руководством супервизора организацию старшекласниками профилактических мероприятий, уход от запугивания и лекционной формы работы к методам интенсивного и интерактивного обучения и воздействия на аудиторию, включение разнообразных активных методов и домашних заданий.

Представленная модульная система тренинговых занятий «Выбор за мной» может найти применение в практике образовательных

учреждений для работы с подростками в возрасте 14–17 лет. Целесообразно активизировать подобную работу с семьей, педагогами, непосредственным кругом общения подростка. Это особенно важно, поскольку усвоенное поведение в ходе социализации и его положительное подкрепление референтной группой, на наш взгляд, способствуют формированию потребности в апробации рискованного поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ. Особое внимание следует уделить дальнейшему апробированию и выявлению эффективных методов, приемов, способов и условий формирования здоровьесберегающего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безносик К.В. Комплексно-целевая программа ранней профилактики девиантного поведения учащихся // Ваш психолог. 2012. № 2. С. 56–62.
2. Беседина О.В. Профилактика аддиктивного поведения // Ваш психолог. 2011. № 6. С. 16–36.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. Киев: Здоровье, 1989. С. 216.
4. Бородина Н.А. Психологическая причинность аддиктивного поведения личности: дис. ... канд. психол. наук. Новосибирск, 2006. 165 с.
5. Булыгина И.Е., Андреева А.П., Голенков А.В. Организация мероприятий по профилактике потребления психоактивных веществ среди студентов Чувашского госуниверситета // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 309–315.
6. Булыгина И.Е., Голенков А.В. Особенности потребления психоактивных веществ и разработка концепции наркологической помощи несовершеннолетним в Чувашской Республике // Вестник Чувашского университета. 2003. № 2. С. 63–72.
7. Велиева С.В., Велиев А.Р. Превентивная помощь старшеклассникам, склонным к аддиктивному поведению // Культурогенезные функции образования: развитие инновационных моделей: сб. науч. ст. Чебоксары: Чуваш. гос. пед. ун-т, 2015. С. 54–58.
8. Велиева С.В., Велиев А.Р. Преодоление аддиктивного поведения у подростков 14-17 лет с интеллектуальной недостаточностью // Перспективы развития региона: социально-экономические аспекты: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. Чебоксары, 2015. С. 34–39.
9. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2003. 240 с.
10. Дулина Г.С., Велиева С.В. Духовность и нравственность как смыслообразующие характеристики молодежной среды // Психологические проблемы современного общества. Чебоксары, 2010. С. 48–53.
11. Кириллова Т.В., Шубникова Е.Г. Жизнеспособность личности как основа первичной профилактики зависимого поведения // Вестник ЧГПУ им. И.Я. Яковлева. 2012. № 1(73). Ч. 2. С. 79–83.
12. Кулаков С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. М.: Фолиум, 1998. 70 с.

13. Ланцова Н.Н., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психологическое исследование аффективных состояний у студентов: гендерные аспекты // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 97–101.
14. Ломков А.А., Николаев Е.Л., Вайберт М.И. Особенности формирования экологического сознания и поведения обучающихся в процессе дополнительного образования // Вестник Чувашского университета. 2012. № 4. С. 199–205.
15. Николаев Е.Л. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чувашского университета. 2006. № 2. С. 136–142.
16. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
17. Николаев Е.Л., Чупрова О.В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый–созависимый» // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102–105.
18. О Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде: письмо Министерства образования и науки РФ от 5 сентября 2011 г. № МД-1197/06. Доступ из справ.-прав. сист. «КонсультантПлюс».
19. Рожков М.И., Ковальчук М.А. Профилактика наркомании у подростков. М.: Владос, 2003. 144 с.
20. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Терентьева А.В., Баушева И.Л., Ивашин О.И. Концептуальная программа злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами среди подростков и молодежи. М.: Фонд НАН, 2003. 76 с.
21. Федосенко Е.В. Психологическое сопровождение подростков: система работы, диагностика, тренинги. СПб.: Речь, 2006. 198 с.
22. Цветкова Л.А. Социально-психологические теории формирования аддикций // Вестник Московского университета. 2011. № 2. С. 166–179.
23. Schuler M.S., Vasilenko S.A., Lanza S.T. Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Drug Alcohol Depend.*, 2015, Oct. 9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.10.005.
24. Niño M.D., Cai T., Ignatow G. Social isolation, drunkenness, and cigarette use among adolescents. *Addict Behav.*, 2015, Oct. 14, vol. 53, pp. 94–100. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.10.005.
25. Peltzer K., Pengpid S. Early Substance Use Initiation and Suicide Ideation and Attempts among School-Aged Adolescents in Four Pacific Island Countries in Oceania. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 2015, Sep. 30, vol. 12(10), pp. 12291–12303. doi: 10.3390/ijerph121012291.

REFERENCES

1. Beznosik K.V. *Kompleksno-tselevaya programma rannei profilaktiki deviantnogo povedeniya uchashchikhsya* [Complex goal-oriented program of students' deviant behavior primary prevention]. *Vash psikholog* [Your psychologist], 2012, no. 2, pp. 56–62.
2. Besedina O.V. *Profilaktika addiktivnogo povedeniya* [Addictive behavior prevention]. *Vash psikholog* [Your psychologist], 2011, no. 6, pp. 16–36.
3. Bitenski V.S., Khersonskii B.G., Dvoryak S.V., Glushkov V.A. *Narkomanii u podrostkov* [Drug addiction in adolescents]. Kiev, Zdorov'e Publ., 1989, 216 p.

4. Borodina N.A. *Psikhologicheskaya prichinnost' addiktivnogo povedeniya lichnosti: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Addictive behavior of person: psychological causation. PhD thesis]. Novosibirsk, 2006, 165 p.
5. Bulygina I.E., Andreeva A.P., Golenkov A.V. *Organizatsiya meropriyatiy po profilaktike potrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv sredi studentov Chuvashskogo gosuniversiteta* [Organization of psychoactive substance abuse prevention activity among Chuvash State University students]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 309–315.
6. Bulygina I.E., Golenkov A.V. *Osobennosti potrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv i razrabotka kontseptsii narkologicheskoi pomoshchi nesovershennoletnim v Chuvashskoi Respublike* [Specific of psychoactive substance use and development of concept of drug abuse help service for minors in Chuvash Republic]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2003, no. 2, pp. 63–72.
7. Velieva S.V., Veliev A.R. *Preventivnaya pomoshch' starsheklassnikam, sklonnym k addiktivnomu povedeniyu* [Preventive assistance for addiction-prone senior high-school students]. *Kul'turogenезnye funktsii obrazovaniya: razvitie innovatsionnykh modelei: sb. nauch. st.* [Culture-genesis function of education: Innovative models development: Collected papers]. Cheboksary, 2015, pp. 54–58.
8. Velieva S.V., Veliev A.R. *Preodolenie addiktivnogo povedeniya u podrostkov 14-17 let s intellektual'noi nedostatochnost'yu* [Addictive behavior overcoming in 14-17 years old adolescents with cognitive deficiency]. *Perspektivy razvitiya regiona: sotsial'no-ekonomicheskie aspekty: materialy nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem* [Proc. of Sci. Conf. «Socio-economical aspects of regional development outlook»]. Cheboksary, 2015, pp. 34–39.
9. Gogoleva A.V. *Addiktivnoe povedenie i ego profilaktika* [Addictive behavior and its prevention]. Moscow, Moscow Psychological and Social Institute Publ.; Voronezh, NPO MODEK Publ., 2003, 240 p.
10. Dulina G.S., Velieva S.V. *Dukhovnost' i npravstvennost' kak smysloobrazuyushchie kharakteristiki molodezhnoi sredy* [Spirituality and morality as mean-making feature of youth social environment]. In: *Psikhologicheskie problemy sovremennogo obshchestva* [Psychological problems of modern society]. Cheboksary, 2010, pp. 48–53.
11. Kirillova T.V., Shubnikova E.G. *Zhiznesposobnost' lichnosti kak osnova pervichnoi profilaktiki zavisimogo povedeniya* [Personality resilience as base of addictive behavior primary prevention]. *Vestnik Chuvashskogo Gosudarstvennogo Pedagogicheskogo universiteta imeni I.Ya. Yakovleva*. [Bulletin of Chuvash State Pedagogical University], 2012, no. 1 (73), part 2, pp. 79–83.
12. Kulakov S.A. *Diagnostika i psikhoterapiya addiktivnogo povedeniya u podrostkov* [Diagnosis and psychotherapy of adolescents' addictive behavior]. Moscow, Folium Publ., 1998, 70 p.
13. Lantsova N.N., Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskoe issledovanie affektivnykh sostoyanii u studentov: gendernye aspekty* [Gender aspects of students' affective state: psychological study]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 2, pp. 97–101.
14. Lomkov A.A., Nikolaev E.L., Vaibert M.I. *Osobennosti formirovaniya ekologicheskogo soznaniya i povedeniya obuchayushchikhsya v protsesse dopolnitel'nogo obrazovaniya* [Specific of ecological awareness and behavior formation during post-secondary education]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 4, pp. 199–205.
15. Nikolaev E.L. *Klinicheskaya kharakteristika pogranychnykh psikhicheskikh rasstroystv u detei i podrostkov* [Clinical description of children and adolescents borderline mental disorders]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2006, no. 2, pp. 136–142.

16. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroystv* [Questions of spiritual development in mental disorders treatment]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy], 2005, no. 14, pp. 9–20.
17. Nikolaev E.L., Chuprova O.V. *Psikhologicheskie osobennosti temporal'noi perspektivy lichnosti v sisteme «zavisimyi-sozavisimyi»* [Psychological features of person's time perspective in «addicted-codependent» relations system]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 2, pp. 102–105.
18. *O Kontseptsii profilaktiki upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv v obrazovatel'noi srede: pis'mo Ministerstva obrazovaniya i nauki RF ot 5 sentyabrya 2011 g. № MD-1197/06* [On concept of substance abuse prevention in educational environment: Ministry of Education and Science of Russian Federation letter. 5th September 2011, reference number MD-1197/06].
19. Rozhkov M.I., Koval'chuk M.A. *Profilaktika narkomanii u podrostkov* [Drug abuse prevention in adolescents]. Moscow, Vados, 2003, 144 p.
20. Sirota N.A., Yaltonskii V.M., Zykov O.V., Terent'eva A.V., Bausheva I.L., Ivashin O.I. *Kontseptual'naya programma zloupotrebleniya narkotikami i drugimi psikhoaktivnymi veshchestvami sredi podrostkov i molodezhi* [Conceptual program of drugs and other psychoactive substance abuse among adolescents and youth]. Moscow, 2003, 76 p.
21. Fedosenko E.V. *Psikhologicheskoe soprovozhdenie podrostkov: sistema raboty, diagnostika, treningi* [Psychological support of adolescents: work system, diagnosis, training]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2006, 198 p.
22. Tsvetkova L.A. *Sotsial'no-psikhologicheskie teorii formirovaniya addiksii* [Sociopsychological theories of addiction development]. *Vestnik Moskovskogo universiteta* [Bulletin of Moscow State University], 2011, no. 2, p. 166–179.
23. Schuler M.S., Vasilenko S.A., Lanza S.T. Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Drug Alcohol Depend.*, 2015, Oct. 9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.10.005.
24. Niño M.D., Cai T., Ignatow G. Social isolation, drunkenness, and cigarette use among adolescents. *Addict Behav.*, 2015, Oct. 14, vol. 53, pp. 94–100. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.10.005.
25. Peltzer K., Pengpid S. Early Substance Use Initiation and Suicide Ideation and Attempts among School-Aged Adolescents in Four Pacific Island Countries in Oceania. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 2015, Sep. 30, vol. 12(10), pp. 12291–12303. doi: 10.3390/ijerph121012291.

Велиева С.В. Первичная профилактика аддиктивного поведения у подростков: организационно-психологические подходы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 107–123.

Аннотация

Введение. В данной работе под первичной профилактикой аддиктивного поведения понимается комплекс мер, позволяющих предотвращать возникновение и развитие у подростков поведения, проявляющегося специфическими психическими и поведенческими нарушениями (химическая зависимость), требующими наркологической помощи. Правовым фундаментом для реализации мер первичной профилактики аддиктивного поведения в образовательных учреждениях является комплекс нормативно-правовых актов России и Чувашии.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось в школах г. Чебоксары. Участвовали 120 подростков 14–17 лет обоего пола с согласия их родителей. Использовались «Опросник склонности к отклоняющемуся поведению» (автор А.Н. Орел) и анкета для выявления отношения подростка к психоактивным веществам.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования выявлено, что 48,3% подростков имеют высокий риск реализации аддиктивного поведения, так как склонны к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Важным в профилактике аддиктивного поведения сами подростки считают организацию психологического сопровождения и взаимопомощи (60%), занятия по профилактике потребления психоактивных веществ (33,3%), разработку и демонстрацию наглядных материалов (6,7%). Предложена модульная система тренинговых занятий программы «Выбор за мной», включающая следующие аспекты: когнитивный, аутопсихологический, конструктивно-технологический, аксиологический и валеологический. Использовалась работа в индивидуальной и групповой формах – консультации, тренинги, фокус-группы, мастер-классы, групповые дискуссии, совместные с родителями собрания.

Заключение. Представленная программа может найти применение в практике образовательных учреждений для работы с подростками. Оправданы включение в нее заданий на самостоятельную и под руководством супервизора организацию профилактических мероприятий, уход от запугивания и лекционной формы работы, опора на методы интенсивного и интерактивного обучения, воздействия на аудиторию, включение активных техник и домашних заданий. Особое внимание следует уделить дальнейшему апробированию и выявлению эффективных методов, приемов, способов и условий формирования здоровьесберегающего поведения подростков.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, психоактивные вещества, подростки, первичная профилактика, психопрофилактика.

Информация об авторе:

Велиева Светлана Витальевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной, педагогической и специальной психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева», Россия, 428031, г. Чебоксары, Шумилова 18а, тел. +7 8352 541581, stlena70@mail.ru.

Velieva S. Pervichnaya profilaktika addiktivnogo povedeniya u podrostkov: organizatsionno-psikhologicheskie podkhody [Primary prevention of addictive behavior in adolescents: organizational and psychological approaches] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 107–123.

Abstract

Introduction. This article defines the primary prevention of addictive behaviour as a set of measures preventing teenagers developing a behaviour, which declare itself with specific mental and behavioural disorders (chemical dependency), that require drug dependency treatment. The legal basis for the implementation of measures of the primary prevention of addictive behaviour in educational institutions is a set of regulatory acts of Russia and the Chuvash Republic.

Material and methods. An experimental study was conducted in schools in Cheboksary. 120 teenagers of both sexes aged 14–17 took part in it with the consent of their parents. The study made use of the questionnaire for determining the aptitude for deviant behaviour (by A.N. Oryol) and a form determining a teenager's attitude to psychoactive substances.

Results and discussion. The study showed that 48.3% of teenagers are at high risk from addictive behaviour, as they are prone to the illusory and compensatory way of solving personal problems. The important ways of preventing addictive behaviour, as seen by teenagers themselves, are psychological follow-up and cooperativeness (60%), classes in the prevention of psychoactive substance use (33,3%), creation and display of visual materials (6,7%). The modular training program "The choice is mine" was devised, it includes cognitive, autopsychological, constructive-and-technological, axiological and valeological aspects. Individual work and group work forms were used, they are consultations, trainings, focus groups, master classes, group discussions, meetings whereat parents are present.

Conclusion. The described program can be used in the work with teenagers in educational institutions. The program includes tasks of taking prevention measures in an independent or a supervised manner, steering clear of intimidation and lecturing, using methods of intensive and interactive learning, audience impact, using active techniques and home tasks. Special attention should be paid to the further testing and identification of effective methods, techniques, modes and conditions for the formation of the health saving behavior of teenagers.

Keywords: addictive behavior, psychoactive substances, adolescents, primary prevention, psychological prevention.

Information about author:

Velieva Svetlana, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Age-related, Pedagogical and Special Psychology Department, The Chuvash I. Yakovlev State Pedagogical University; 18a, Shumilova ul., Cheboksary, 428031, Russia, tel. +7 8352 541581, *stlena70@mail.ru*.

Поступила: 12.10.2015

Received: 12.10.2015

УДК 616.31-08:616.89-008.441.1]:615.851-052

ББК Р66-57

ПСИХОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.М. Карпов¹, Д.Н. Горячев², М.В. Кирюхина¹, И.И. Бадертдинов²

¹*Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия*

²*Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия*

Эффективная деятельность в оказании медицинской помощи больным и профилактической помощи здоровым в современном здравоохранении справедливо связывается со стратегиями биопсихосоциального подхода, когда и здоровый, и больной рассматриваются во всей совокупности их биологических, психологических и социальных проявлений и детерминант развития [6, 11, 12]. На этом подходе также основаны предлагаемые нами инновационные стратегии сохранения здоровья всего населения страны и ее каждого жителя [7–9].

Биопсихосоциальная концепция в стоматологической практике ориентирует специалиста на учет в работе психологических особенностей пациента, а также на включение в арсенал профессиональных средств лечебного воздействия на больного определенных психотерапевтических приемов. Ведь очень часто для пациента острая зубная боль, появившаяся внезапно в самый неподходящий момент, необходимость обращения к врачу-стоматологу, крушение планов на ближайшие дни, очереди на прием, кусачие цены, неизбежные болезненные манипуляции в полости рта, длительное фиксированное неудобное положение в кресле с широко открытым ртом, ограничение свободы действий, вид крови, шум бормашины являются причинами возникновения чувства опасности, тревоги, страха, протеста, желания поскорее от этого избавиться. Данное состояние чаще квалифицируется как дентофобия [1, 15, 21, 23].

Необычные ощущения потери чувствительности языка и губ, психотропное седативное действие анестетиков, нарушения глотания, невозможность речевого контакта с врачом-стоматологом, дефицит информации о происходящем и будущем способствуют возникновению дереализации и деперсонализации. Эти биологические и психологические составляющие стоматологических заболеваний для большинства пациентов являются стрессом и сопровождаются психическими расстройствами, соответствующими

рубрике F43.0 по МКБ-10 – Острая реакция на стресс. Обычно при стоматологических вмешательствах она бывает легкой степени, но все ее конструктивные элементы обнаруживаются: тревога, страх, растерянность, дереализация, деперсонализация, сужение сознания происходящим испытанием, мышечное напряжение, обездвиженность, ограничение свободы, эмоциональный протест, который нельзя проявить, необходимость напряжения механизмов контроля и сдерживания чувств и действий и др. [2, 18, 19, 31].

Поведение пациента во время стоматологического лечения в значительной степени зависит от его психического состояния. Из-за сильного страха (фобии) многие больные откладывают обращение к врачу-стоматологу до последней степени, когда максимально развиваются патофизиологические и психические проявления и уменьшаются возможности для эффективного лечения [1]. Исследователи отмечают, что предикторами избегания посещения стоматолога чаще становятся частота курения и чистки зубов, копинг-стратегии, восприятие посещения стоматолога как неконтролируемое и непредсказуемое действие, тревога в связи с онемением, отсутствие информации о том, что стоматолог собирается делать, а также стоимость оплаты [15]. Депрессивные расстройства также способствуют снижению мотивации к лечению и прогрессированию стоматологических заболеваний [25].

Высокая распространенность и значимость стрессовых, фобических, тревожных, депрессивных, а также возможность истерических, ипохондрических, бредовых и других психических расстройств у стоматологических больных требует определенной подготовки врачей-стоматологов по психиатрии и психотерапии [3, 10, 13, 16]. В настоящее время психотерапия получает все большее распространение в стоматологической практике [30, 33], в том числе и потому, что на приеме у стоматолога могут быть и пациенты, имеющие серьезные психологические проблемы [25].

Психотерапия наиболее часто используется в системе комплексного лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями: орофасциальной болью [29], миофасциальным темпоромандибулярным расстройством [27], генерализованным периодонтитом [24], в том числе в работе с детьми [18, 20].

В данной работе представлены рекомендации по психотерапевтическому сопровождению стоматологической помощи, сжато обобщающие описанный в литературе и опирающийся на собственную практическую деятельность клинический опыт. У врача-стоматолога нет времени и специальных навыков для проведения

дифференцированной, квалифицированной психотерапии, поэтому обозначим и поясним только те приемы, которые органично сочетаются с манипуляциями и не требуют времени и отдельной специализации по психотерапии.

Алгоритм оказания помощи при остром стрессе реализуется по двум направлениям. Первое – это устранение реальной и предполагаемой травмы, угрозы, опасности. Для этого необходимо снятие боли, воспаления, кровотечения и т.п. Если слишком сильно выражены эмоциональные проявления – страх, тревога, напряженность, растерянность, их нужно купировать транквилизаторами – мебикаром, феназепамом, грандаксином, фенибутом. Специальными исследованиями установлено, что под влиянием мебикара повышается не только порог болевой чувствительности твердой ткани зуба, но и порог выносливости боли [5]. У пациентов уменьшается страх перед стоматологическими манипуляциями, улучшается переносимость болезненных процедур. То есть имеется научно обоснованная рекомендация до визита к врачу-стоматологу принять мебикар 0,3-0,6 г или его аналог адаптол 0,5 г. Это помогает снять стресс, страх, тревогу и боль, улучшить адаптацию пациента и его поведение во время лечения.

Для снятия страха и тревоги, а также для преодоления рвотного рефлекса могут использоваться гипнотические техники [16, 17, 21], когнитивно-поведенческая терапия [13, 19, 22, 26], музыкотерапия [32], релаксация [33], что значительно снижает дозы фармакологических средств, используемых для анальгезии или седации [16, 17].

Второе направление оказания помощи при стрессе – устранение дефицита информации о происходящем и деструктивности в переживаниях и поведении. Это достигается в результате объяснения причин болезни, наличия способов ее лечения и профилактики, гарантий сохранения жизни и социальной адаптации. Пациенту нужно восстановить психологические, социальные и поведенческие конструкции, внезапно нарушенные болезнью. Дать понятные, приемлемые и выполнимые рекомендации по долечиванию и мотивировать на их выполнение, т.е. провести мотивационное интервью [1, 2]. В литературе описана и несколько непривычная направленность психотерапевтического воздействия в стоматологической практике – обращение к суггестивным воздействиям для уменьшения саливации у пациента во время лечения [28].

Практическая реализация этих принципов начинается с установления психотерапевтического контакта с пациентом, с использования психологической техники присоединения к нему. Врачу-

стоматологу с первого взгляда на пациента, вошедшего в кабинет, понятны его чувства, желания и ожидания. Надо показать это понимание и соучастие и готовность помочь. Приветливо взглянуть, поздороваться, пригласить в кресло, задать несколько вопросов для уточнения задачи. Нужно принять роль доброго, сочувствующего, сильного, спокойного, грамотного, опытного, уверенного доктора. Для этого называть симптомы, которые пациент еще не успел назвать, проявлять к нему интерес и показывать свой профессионализм. В интонациях, позе, жестах сохранять спокойствие, уверенность и оптимизм.

Поскольку пациент страдает в большей степени от своих представлений о болезни, нужно проводить рационально-психотерапевтическую коррекцию «внутренней картины болезни». Говорить, объяснять, устранять дефицит информации, для того чтобы демонтировать субъективные, устрашающие психологические конструкции пациента о болезни и создать адекватные, оптимистичные конструкции из представлений о выздоровлении, возвращении к нормальной жизни и мотиваций на их выполнение [2].

Для исключения неожиданных для пациента травмирующих и пугающих воздействий нужно проявлять максимальную предупредительность. Сообщать ему, когда будет больно и как быстро это ощущение пройдет. Все свои логические и физические действия врачу желательно объяснять пациенту. У него на это очень большой запрос. Тем более, что с открытым ртом он сам ничего спросить и сказать не может. Нужно, чтобы ему было все понятно, и он был бы партнером, соучастником лечебного процесса, ответственным за его результат. Это отвлекает от болезни, обеспечивает занятость мышления и создает позитивный настрой.

Информационная и эмоциональная психотерапевтическая поддержка пациента ведется с учетом психического и соматического состояния, возраста, темперамента, личностных качеств, особенностей поведения, настроения. Большинство людей в состоянии острого стресса становятся «бестолковыми», плохо понимают инструкции, неправильно их выполняют, ничего не могут запомнить. Врачу к этому нужно быть готовым. Несколько раз повторить инструкции и рекомендации и записать их. Стрессированный пациент со страха и под действием анестетиков может их забыть, перепутать, сделать все по-своему.

При завершении приема нужно подвести итог. Объяснить, с какими задачами пришел пациент, какие лечебные манипуляции выполнил врач, как дальше должен вести себя пациент. Когда выплю-

нуть тампон, сколько времени не есть и не пить, чем полоскать полость рта, какой зубной пастой и щеткой пользоваться, какие лекарства принимать, когда прийти на контрольный прием, расписание работы, телефоны. Больному трудно сосредоточиться, понять и запомнить даже самые простые рекомендации. Поэтому их нужно записать или подготовить памятку заранее, и обязательно дать больному в руки как материальную гарантию его защищенности. Больше всего стрессированный человек нуждается в информации на актуальную для него тему.

В заключение отметим, что данные вопросы должны быть обязательно включены в образовательные программы для студентов и врачей-стоматологов. Международный опыт свидетельствует, что уже на доклиническом этапе в обучении студентов-стоматологов могут применяться ролевые игры [34]. С другой стороны, повышение психологической грамотности и психотерапевтической компетентности врача положительно соотносится с его самооценкой здоровья, благополучия, собственной личности [4, 14].

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова Н.Ю. Пациенты с дентофобией на стоматологическом приеме // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2014. № 5(146). С. 123–127.
2. Анисимова Н.Ю., Анисимова Е.Н., Рабинович С.А., Сирота Н.А. Использование метода мотивационного интервьюирования при стоматологическом лечении высокотревожных пациентов // Российская стоматология. 2014. № 1. С. 49–54.
3. Воронин А.Н., Николаев Е.Л. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности // Вестник Чувашского университета. 2013. № 1. С. 79–85.
4. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л. Оценка удовлетворённости образом собственного тела у врачей и студентов стоматологического профиля // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4; URL: www.science-education.ru/127-21203 (дата обращения: 31.08.2015).
5. Зимакова И.Е., Карпов А.М., Тагирова Т.С. Анализ разнообразных эффектов транквилизатора мепикара в экспериментальной и клинической медицине // Казанский медицинский журнал. 1995. № 2. С. 85.
6. Карпов А.М. Биопсихосоциальный подход к пониманию современного состояния здравоохранения // Дневник казанской медицинской школы. 2014. № 2 (5). С. 28–31.
7. Карпов А.М. Вызовы эпохи охране психического здоровья // Практическая медицина. 2010. № 2(41). С. 6–10.
8. Карпов А.М. Здравствуйте, если хотите: образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань: Медицинская литература, 2008. 223 с.
9. Карпов А.М. Самозащита от кризиса. Казань: Медицинская литература, 2009. 37 с.

10. Лапина Н.В. Психотерапевтическая подготовка пациентов стоматологического профиля к ортопедическому лечению и адаптации к протезам // Казанский медицинский журнал. 2011. Т. 92, № 4. С. 510–512.
11. Николаев Е.Л. Кросскультуральное исследование копинг-стратегий в здоровой популяции // Вестник Чувашского университета. 2004. № 2. С. 38-48.
12. Николаев Е.Л., Суслова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
13. Парфенов С.А., Володина К.И., Воробьева Н.В. Использование метаболических препаратов и психотерапии при дентальной имплантации у пациентов пожилого возраста // Стоматология. 2013. № 5. С. 4–43.
14. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.
15. Armfield J.M. Predicting dental avoidance among dentally fearful Australian adults. *Eur. J. Oral. Sci.*, 2013, Jun., 121(3 Pt 2): 240-6. doi: 10.1111/eos.12036.
16. Facco E., Zanette G., Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig.* 2014 Jan; 30:3-6.
17. Griffiths M. Hypnosis for dental anxiety. *Dent Update.* 2014 Jan-Feb;41(1):78-80, 83.
18. Hamzah H.S., Gao X., Yung Yiu C.K., McGrath C., King N.M. Managing dental fear and anxiety in pediatric patients: A qualitative study from the public's perspective. *Pediatr. Dent.* 2014 Jan-Feb; 36(1):29-33.
19. Heaton L.J. Behavioral interventions may reduce dental anxiety and increase acceptance of dental treatment in dentally fearful adults. *J. Evid. Based Dent. Pract.* 2013 Dec; 13(4):160-2. doi: 10.1016/j.jebdp.2013.10.008.
20. Kamath P.S. A novel distraction technique for pain management during local anesthesia administration in pediatric patients. *J. Clin. Pediatr. Dent.* 2013 Fall; 38(1):45-7.
21. Meyerson J., Uziel N. Application of hypno-dissociative strategies during dental treatment of patients with severe dental phobia. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2014; 62(2): 179-87. doi: 10.1080/00207144.2014.869129.
22. Parfenov S.A., Volodina K.I., Vorob'eva N.V. Use of metabolic drugs and psychotherapy in dental implantation in elderly patients. *Stomatologija* (Mosk). 2013; 92(5): 40-3 [Russian].
23. Paul S. Dental phobia... How to overcome it. *Today's FDA.* 2014; 26(5): 16-9.
24. Priyadarshini D., Nadig P., Deshpande N., Deshpande A. Role of psychotherapy in managing a case of generalised aggressive periodontitis. *BMJ Case Rep.* 2014 Jul 17; 2014. pii: bcr2013200851. doi: 10.1136/bcr-2013-200851.
25. Raja S., Rajagopalan C.F., Kruthoff M., Kuperschmidt A., Chang P., Hoersch M. Teaching dental students to interact with survivors of traumatic events: development of a two-day module. *J. Dent. Educ.* 2015 Jan; 79(1): 47–55.
26. Robinson E. Introducing an alternative drug-free technique for pain and anxiety control into a clinical environment cognitive behavioural therapy: a discussion on implementation into dental practice. *SAAD Dig.* 2014 Jan; 30: 20-4.
27. Roldán-Barraza C., Janko S., Villanueva J., Araya I., Lauer H.C. A systematic review and meta-analysis of usual treatment versus psychosocial interventions in the treatment of myofascial temporomandibular disorder pain. *J. Oral Facial Pain Headache.* 2014 Summer; 28(3): 205-22. doi: 10.11607/ofph.1241.
28. Satzl M., Schmierer A., Zeman F., Schmalz G., Loew T. Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study. *Head Face Med.* 2014 Nov 27; 10: 49. doi: 10.1186/1746-160X-10-49.

29. Tomoyasu Y., Higuchi H., Mori M., Takaya K., Honda Y., Yamane A., Yabuki A., Hayashi T., Ishii-Maruyama M., Jinzenji A., Maeda S., Kohjitani A., Shimada M., Miyawaki T. Chronic orofacial pain in dental patients: retrospective investigation over 12 years. *Acta Med. Okayama*. 2014; 68(5): 269–75.
30. Wahlund K., Nilsson I.M., Larsson B. Treating temporomandibular disorders in adolescents: a randomized, controlled, sequential comparison of relaxation training and occlusal appliance therapy. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015. Winter; 29(1): 41–50. doi: 10.11607/ofph.1285.
31. Wiederhold M.D., Gao K., Wiederhold B.K. Clinical use of virtual reality distraction system to reduce anxiety and pain in dental procedures. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2014 Jun; 17(6): 359–65. doi: 10.1089/cyber.2014.0203.
32. Xu X, Zhang L, Jiang Y, Huang Y, Huang S, Yang S. Clinical research of music in relieving orthodontic pain. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2013 Aug; 31(4): 365–8. [Chinese].
33. Zhang Y., Montoya L., Ebrahim S., Busse J.W., Couban R., McCabe R.E., Bieling P., Carrasco-Labra A., Guyatt G.H. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015 Spring; 29(2): 115–25. doi: 10.11607/ofph.1330.
34. Zhu L.L., Qiu L.H., Qu L., Xue M., Yan L. Application of role-play simulation in pre-clinical practice of the fourth grade students in department of endodontics. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2014 Oct; 23(5): 634–7 [Chinese].

REFERENCES

1. Anisimova N.Yu. *Patsienty s dentofobiei na stomatologicheskom prieme* [Patients with dentophobia on the dental admission]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University], 2014, no. 5(146), pp. 123–127.
2. Anisimova N.Yu., Anisimova E.N., Rabinovich S.A., Sirota N.A. *Ispol'zovanie metoda motivatsionnogo interv'yurovaniya pri stomatologicheskom lechenii vysoko trevozhnykh patsientov* [The use of motivational interviewing during dental treatment is highly anxious patients]. *Rossiiskaya stomatologiya* [Russian dentistry], 2014, no. 1, pp. 49–54.
3. Voronin A.N., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskoe issledovanie lichnosti vracha v otnoshenii k professional'noi deyatel'nosti* [Psychological study of physician personality in attitude to professional activity]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 1, pp. 79–85.
4. Hartfelder D.V., Nikolaev E.L. *Otsenka udovletvorennosti obrazom sobstvennogo tela u vrachei i studentov stomatologicheskogo profilya* [Assessment of body-image satisfaction in stomatologists (doctors and students)]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. Available at: www.science-education.ru/127-21203 (Accessed 28 Jan. 2015).
5. Zimakova I.E., Karpov A.M., Tagirova T.S. *Analiz raznoobraznykh effektov trunkvilitatora mebikara v eksperimental'noi i klinicheskoi meditsine* [Analysis of a variety of effects tranquilizer mebicar in experimental and clinical medicine]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal* [Kazan Journal of Medicine], 1995, no. 2, pp. 85.
6. Karpov A.M. *Biopsikhosotsial'nyi podkhod k ponimaniyu sovremennogo sostoyaniya zdravookhraneniya* [Biopsychosocial approach to understanding the current state of health]. *Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly* [Diary of the Kazan Medical School], 2014, no. 2, pp. 28–31.
7. Karpov A.M. *Vyzovy epokhi okhrane psikhicheskogo zdorov'ya* [Calls of era of mental health]. *Prakticheskaya meditsina* [Practice medicine], 2010, no. 2, pp. 6–10.

8. Karpov A.M. *Zdravstvuite, esli khotite: obrazovatel'no-vospitatel'nye osnovy integratsii meditsiny, ekologii, obraza zhizni i vlasti* [Be healthy, if you want: education and educational bases of integration of medicine, ecology, lifestyle and power]. Kazan, Meditsinskaya literature Publ., 2008, 223 p.
9. Karpov A.M. *Samozashchita ot krizisa* [Self-defense against the crisis]. Kazan, Meditsinskaya literature Publ., 2009, 37 p.
10. Lapina N.V. *Psikhoterapevticheskaya podgotovka patsientov stomatologicheskogo profilya k ortopedicheskomu lecheniyu i adaptatsii k protezham* [Psychotherapy training of dental profile patients for orthopedic treatment and adapt to prostheses]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal* [Kazan Journal of Medicine], 2011, no. 4, pp. 510–512.
11. Nikolaev E.L. *Krosskul'tural'noe issledovanie koping-strategii v zdorovoi populyatsii* [Cross-culture study of coping strategies in healthy population]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2004, no. 2, pp. 38–48.
12. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical and psychological discourse of Health Researches]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
13. Parfenov S.A., Volodina K.I., Vorob'eva N.V. *Ispol'zovanie metabolicheskikh preparatov i psikhoterapii pri dental'noi implantatsii u patsientov pozhilogo vozrasta* [Using of metabolic drugs and psychotherapy at a dental implantation to elderly patients]. *Stomatologiya* [Dentistry], 2013, no. 5, pp. 4–43.
14. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. *Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachei* [Comparative study of personality adaptive traits in medical students and doctors]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 469–473.
15. Armfield J.M. Predicting dental avoidance among dentally fearful Australian adults. *Eur. J. Oral. Sci.*, 2013, Jun., 121(3 Pt 2): 240–6. doi: 10.1111/eos.12036.
16. Facco E., Zanette G., Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig.* 2014 Jan; 30:3–6.
17. Griffiths M. Hypnosis for dental anxiety. *Dent Update.* 2014 Jan-Feb;41(1):78–80, 83.
18. Hamzah H.S., Gao X., Yung Yiu C.K., McGrath C., King N.M. Managing dental fear and anxiety in pediatric patients: A qualitative study from the public's perspective. *Pediatr. Dent.* 2014 Jan-Feb; 36(1):29–33.
19. Heaton L.J. Behavioral interventions may reduce dental anxiety and increase acceptance of dental treatment in dentally fearful adults. *J. Evid. Based Dent. Pract.* 2013 Dec; 13(4):160–2. doi: 10.1016/j.jebdp.2013.10.008.
20. Kamath P.S. A novel distraction technique for pain management during local anesthesia administration in pediatric patients. *J. Clin. Pediatr. Dent.* 2013 Fall; 38(1): 45–7.
21. Meyerson J., Uziel N. Application of hypno-dissociative strategies during dental treatment of patients with severe dental phobia. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2014; 62(2): 179–87. doi: 10.1080/00207144.2014.869129.
22. Parfenov S.A., Volodina K.I., Vorob'eva N.V. Use of metabolic drugs and psychotherapy in dental implantation in elderly patients. *Stomatologiya* (Mosk). 2013; 92(5): 40–3 [Russian].
23. Paul S. Dental phobia... How to overcome it. *Today's FDA.* 2014; 26(5): 16–9.
24. Priyadarshini D., Nadig P., Deshpande N., Deshpande A. Role of psychotherapy in managing a case of generalised aggressive periodontitis. *BMJ Case Rep.* 2014 Jul 17; 2014. pii: bcr2013200851. doi: 10.1136/bcr-2013-200851.
25. Raja S., Rajagopalan C.F., Kruthoff M., Kuperschmidt A., Chang P., Hoersch M. Teaching dental students to interact with survivors of traumatic events: development of a two-day module. *J. Dent. Educ.* 2015 Jan; 79(1): 47–55.

26. Robinson E. Introducing an alternative drug-free technique for pain and anxiety control into a clinical environment cognitive behavioural therapy: a discussion on implementation into dental practice. *SAAD Dig.* 2014 Jan; 30: 20-4.
27. Roldán-Barraza C., Janko S., Villanueva J., Araya I., Lauer H.C. A systematic review and meta-analysis of usual treatment versus psychosocial interventions in the treatment of myofascial temporomandibular disorder pain. *J. Oral Facial Pain Headache.* 2014 Summer; 28(3): 205-22. doi: 10.11607/ofph.1241.
28. Satzl M., Schmierer A., Zeman F., Schmalz G., Loew T. Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study. *Head Face Med.* 2014 Nov 27; 10: 49. doi: 10.1186/1746-160X-10-49.
29. Tomoyasu Y., Higuchi H., Mori M., Takaya K., Honda Y., Yamane A., Yabuki A., Hayashi T., Ishii-Maruyama M., Jinzenji A., Maeda S., Kohjitani A., Shimada M., Miyawaki T. Chronic orofacial pain in dental patients: retrospective investigation over 12 years. *Acta Med. Okayama.* 2014; 68(5): 269-75.
30. Wahlund K., Nilsson I.M., Larsson B. Treating temporomandibular disorders in adolescents: a randomized, controlled, sequential comparison of relaxation training and occlusal appliance therapy. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015. Winter; 29(1): 41-50. doi: 10.11607/ofph.1285.
31. Wiederhold M.D., Gao K., Wiederhold B.K. Clinical use of virtual reality distraction system to reduce anxiety and pain in dental procedures. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2014 Jun; 17(6): 359-65. doi: 10.1089/cyber.2014.0203.
32. Xu X, Zhang L, Jiang Y, Huang Y, Huang S, Yang S. Clinical research of music in relieving orthodontic pain. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2013 Aug; 31(4): 365-8. [Chinese].
33. Zhang Y., Montoya L., Ebrahim S., Busse J.W., Couban R., McCabe R.E., Bieling P., Carrasco-Labra A., Guyatt G.H. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Oral Facial Pain Headache.* 2015 Spring; 29(2): 115-25. doi: 10.11607/ofph.1330.
34. Zhu L.L., Qiu L.H., Qu L., Xue M., Yan L. Application of role-play simulation in pre-clinical practice of the fourth grade students in department of endodontics. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue.* 2014 Oct; 23(5): 634-7 [Chinese].

Карпов А.М., Горячев Д.Н., Кирюхина М.В., Бадертдинов И.И. Психотерапия в стоматологической практике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 124-134.

Аннотация. Поведение пациента во время стоматологического лечения в значительной степени зависит от его психического состояния. Из-за дентофобии многие больные откладывают обращение к врачу-стоматологу до последней степени, когда максимально развиваются патфизиологические и психические проявления и уменьшаются возможности для эффективного лечения. Депрессивные расстройства также способствуют снижению мотивации к лечению и прогрессированию стоматологических заболеваний. Высокая распространенность и значимость стрессовых, фобических, тревожных, депрессивных, а также возможность истерических, ипохондрических, бредовых и других психических расстройств у стоматологических больных требует определенной подготовки врачей-стоматологов по психиатрии и психотерапии. Психотерапия получает все большее распространение в стоматологической практике, в том числе и потому, что на приеме у стоматолога могут быть и пациенты,

имеющие серьезные психологические проблемы. Наиболее часто психотерапия используется в системе комплексного лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями. Алгоритм оказания помощи при остром стрессе реализуется по двум направлениям. Первое – это устранение реальной и предполагаемой травмы, угрозы, опасности. Для снятия страха и тревоги, а также для преодоления рвотного рефлекса могут использоваться гипнотические техники, когнитивно-поведенческая терапия, музыкотерапия, релаксация, что значительно снижает дозы фармакологических средств, используемых для анальгезии или седации. Второе направление – устранение дефицита информации о происходящем и деструктивности в переживаниях и поведении, т.е. проведение мотивационного интервьюирования. Необходимо грамотное установление контакта с пациентом, оказание информационной и эмоциональной психотерапевтической поддержки пациента с учетом его психического и соматического состояния, особенностей поведения, возраста, темперамента, личностных качеств. При завершении приема необходимо подвести итог. Данные вопросы должны быть обязательно включены в образовательные программы для студентов и врачей-стоматологов. Повышение психологической грамотности и психотерапевтической компетентности врача положительно сказывается на его самооценке здоровья, благополучия и собственной личности.

Ключевые слова: психотерапия, стоматология, дентофобия, мотивационное интервью, психические расстройства, психологическая грамотность.

Информация об авторах:

Карпов Анатолий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Россия, 420012, г. Казань, Бутлерова 36, тел. +7 843 272 41 51, kam1950@mail.ru.

Горячев Дмитрий Николаевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Россия, 420012, г. Казань, Бутлерова 16, тел. +7 843 2382792, gorychevdn@yandex.ru.

Кiryukhina Марина Васильевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Россия, 420012, г. Казань, Бутлерова 36, тел. +7 843 2724151, marina_kirukhina@mail.ru.

Бадертдинов Ибрагим Ильясович, студент ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Россия, 420012, г. Казань, Бутлерова 16, тел. +7 843 2382792, ibragim.ksmu@ya.ru.

Karpov A., Goriachev D., Kiryukhina M., Badertdinov I. Psikhoterapiya v stomatologicheskoi praktike [Psychotherapy in dental practice] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 124–134.

Abstract. A patient's behaviour at the dentist's largely depends on their mental state. Due to dentophobia a lot of patients postpone their visits to the dentist to the last moment, when pathophysiological and mental symptoms have developed to the maximum and the possibilities of effective treatment are reduced. Depressive disorders are also conducive to a reduction in treatment motivation and dental disease progression. The high prevalence and significance of such mental disorders in patients as stress, phobia, anxiety, depression, as well as the probability of hysteria, hypochondria, delusional and other disorders call for the specific training of dentists in the field of psychiatry and psychotherapy. Psychotherapy in dentistry is getting more and more widespread, particularly because the dentist's office can be visited by patients with serious mental problems. Psychotherapy is more often used in the combined treatment of patients with various dental diseases. The algorithm for giving aid to a patient with acute stress goes in two directions. The first direction is eliminating a real and probable trauma, a threat or danger. To release from fear and anxiety and to prevent vomiting reflex such methods as hypnotic techniques, cognitive-behavioral therapy, music therapy, relaxation can be used, all these significantly lower the doses of analgetic and sedative drugs. The second direction is making up for the lack of awareness of what is happening and of the destructiveness of worries and behaviour, i.e. motivational interviewing. It is necessary for a dentist to be able to enter into contact with a patient; to provide them with informational and emotional psychotherapeutic support, with their mental and somatic state, behavioural peculiarities, age, temperament and personal traits taken into account. After the treatment procedures are over the dentist should make a conclusion. These issues must be included in programs of education of dental students and dentists. A higher level of psychological knowledge and psychotherapeutic competence of a dentist has a positive effect on the evaluation of their own health, well-being and self concept.

Keywords: psychotherapy, dentistry, dentophobia, motivational interviewing, mental disorders, psychological awareness.

Information about authors:

Karpov Anatoly, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychotherapy and Addiction Medicine Department, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerova ul., Kazan, 420012, Russia, tel. +7 843 2724151, *kam1950@mail.ru*.

Goryachev Dmitry, M.D., Ph.D. in Medicine, Assistant lecturer, Department of Therapeutic Dentistry, Kazan State Medical University; 16, Butlerova ul., Kazan, 420012, Russia, tel. +7 843 2382792, *gorychevdm@yandex.ru*.

Kiryukhina Marina, M.D., Ph.D. in Medicine, Assistant lecturer, Psychotherapy and Addiction Medicine Department, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerova ul., Kazan, 420012, Russia, tel. +7 843 2724151, *marina_kirukhina@mail.ru*.

Badertdinov Ibragim, student, Kazan State Medical University; 16, Butlerova ul., Kazan, 420012, Russia, tel. +7 843 2382792, *ibragim.ksmu@ya.ru*.

Поступила: 14.11.2015

Received: 14.11.2015

УДК 616.85-055.2(574)

ББК Р645.093.3(5Каз)

МАССОВОЕ ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ЖАНАОЗЕНЕ: ПРЕДПОСЫЛКИ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ

Е.С. Молчанова¹, Ж.А. Жолдасова²

¹*Американский университет в Центральной Азии, Бишкек, Киргизия*

²*Клиника лечения неврозов и болезни Альцгеймера, Алматы, Казахстан*

Введение: город Жанаозен и его жители

Жанаозен вряд ли покажется привлекательным для избалованного путешественника. Расположенный в Мангистауской области Казахстана город не отличается мягким климатом и не радует зелеными скверами. Суровые климатические условия – морозный ветер зимой и пыльное пекло летом не скрашивает даже близость Каспийского моря. Нефтяников, работающих здесь в 60-е годы прошлого века, трудно было назвать жителями – их десантировали из разных мест Советского Союза сроком на две-три недели и, после быстрого заработка нефтяных денег, отправляли обратно. Вахтовый городок изначально не требовал постоянных условий проживания, и, хотя теперь многие кирпичные общежития превращены в жилые дома, они и по фасаду и по подъездам остаются типичными советскими «общагами» прошлого века. Синдром временщика или «камчатский синдром» – долговременная установка на пребывание в регионе ради быстрого заработка – не способствовал бережному отношению к поселению, которое создавалось ради нефти и до сих пор ради нефти продолжает жить. Один из наших респондентов, описывая свое первое впечатление от бывшего Нового Узеня, рассказывал: «Приехал сюда зимой, я подумал, что именно так может выглядеть Марс – ни единого дерева, простор и мелкие снежные вихри на поверхности». «Грешники из Жанаозена вместо ада возвращаются снова в Жанаозен», – говорят местные. Тем не менее малокомфортные условия проживания не препятствуют рождаемости, и город занимает лидирующие позиции по приросту населения среди городов Казахстана. Почти половину жителей составляют люди до 19 лет, что создает определенную подростковую предрасположенность к волнениям и кризисам. Относительно высокие для Казахстана заработки, связанные с добычей нефти, с одной стороны, и малопригодные для проживания условия, не привлекающие жителей других регионов госу-

дарства – с другой, превратили Жанаозен в центр для возвращения на историческую родину этнических казахов из других стран – *оралманов*. Со слов одного из наших респондентов, получить казахстанское гражданство в Мангистауской области в разы проще и дешевле, чем в других регионах Казахстана.

Вышеперечисленные особенности города дополняются исторически сложившимся проживанием на этой территории казахов – представителей рода «адай», относящегося к младшему жузу (группе казахских родов и племён). Казахстанский политолог Нурбулат Масанов, крупнейший исследователь кочевой цивилизации, отмечал, что принадлежность к определенному роду – это «прежде всего способ мышления и интерпретации происходящих процессов и явлений сквозь призму генеалогического происхождения, объяснение и аргументация, регламентация и регулирование процессов социальной мобилизации и консолидации общества» [3]. Иными словами, родовая принадлежность участвует в формировании культурно обусловленных когнитивных карт, которые, в свою очередь, определяют жизненные ценности и цели, а также отношение к миру и себе. Все вышеперечисленное можно обозначить в качестве особенностей национального характера.

Все наши респонденты рассказывали об адайцах как о «настоящих кочевниках, наиболее приспособленных к выживанию в голой голодной степи»¹. Они известны своим стремлением к справедливости, подозрительным отношением к чужакам, выносливостью, боевой отвагой, упрямством, свободолобием, небрежным, типично кочевым отношением к месту проживания. Демонстрация принадлежности к роду в иерархии ритуальных приветствий адайцев занимает второе место после «здравствуй». «Свои» четко отделены от «чужих», к которым, кстати, принадлежат оралманы. Жители города уверены в том, что «на средства от добываемой ими нефти отстроена Астана», что их бессовестно обкрадывало прежнее правительство. Нынешние власти также, по мнению жителей, забирают основную часть дохода от продажи нефти для развития столиц и оставляют ничтожные крохи для региона. Подобное стойкое убеждение было описано еще в 1989 году, когда в Новом Узене произошел крупный конфликт, потребовавший вмешательства тогда еще советских вооруженных сил.

Городские противоречия

Первые Жанаозенские (тогда еще – Новоузенские) волнения пришлось на перестроечное время. До развала Советского Союза

¹ Цитата из устного интервью.

оставалось еще два года, когда обычная бытовая драка переросла в массовые межнациональные столкновения. Примерно через двадцать лет, в том же городе, но уже в другом, независимом государстве, произошел напряженный трудовой конфликт, который длился более семи месяцев. Истории возникших разногласий многочисленны, субъективны, весьма эмоциональны и, как следствие, противоречивы. Фактом остается сама забастовка, волнения, погибшие и раненые в декабре 2011 года, а также испытываемые до сих пор жителями Жанаозена последствия пережитой трагедии.

Наша рабочая группа, состоящая из психологов, социологов, политологов и психиатров, была приглашена в Жанаозен в начале января 2012 года, когда угроза рекуррентной вспышки беспорядков была более чем высока – приближалась дата 40-дневных поминок по погибшим в результате декабрьских событий, которые в то время весьма активно продолжали освещаться средствами массовой информации. В результате проведенных фокус-групп, подробных индивидуальных интервью, внимательного изучения архивных документов, доступных видеоматериалов и других источников у членов исследовательской группы сформировалось стойкое *déjà vu*. Действительно, ситуация, сложившаяся на предприятии XXI века, поразительно напоминала противоречия между трудом и капиталом, описанные еще классиками марксизма-ленинизма. Встречаясь с разными представителями города, мы обратили внимание на дихотомию, существующую в сознании жителей: город был четко разделен на «нефтяников» и «прочих». Иными словами, кризисная ситуация в городе осложнялась вялотекущим внутригородским конфликтом: жители, не работающие в нефтяной отрасли и зарабатывающие в десятки раз меньше нефтяников, но в равной степени пострадавшие от декабрьских событий 2011 года, были обижены неравным распределением внимания и средств, текущих в Мангистаускую область в целом и в Жанаозен в частности. Основным центром внимания властей стали пострадавшие «нефтяники», что, естественно, вызывало реакцию обиды и относительную персональную депривацию у «прочих». Представители местной власти позже рассказывали нам о постоянных склоках между пострадавшими. «Люди сравнивали свое горе и требовали все большего возмещения ущерба, – делился один из респондентов, – перед зданием городской администрации постоянно устраивались мини-голодовки только для того, чтобы выпросить какие-либо льготы у местного акимата». В городе сложилась ситуация, при которой перенесенная травма использовалась в качестве инструмента легального шантажа властных структур. Успех нескольких жителей в получении привилегий поощрил остальных,

микрозабастовки стали обыденными средствами воздействия на разные уровни власти. Во многом благодаря слаженной работе экспертов, местных политических, государственных и религиозных деятелей повторные вспышки беспорядков удалось предотвратить, хотя прогнозы к середине января 2012 года были тревожными.

Трагические события декабря 2011 года привлекли внимание всего Казахстана к проблемам нефтяников, что стимулировало денежный поток в Мангистаускую область и Жанаозен. Тем не менее объективное улучшение качества жизни работников нефтяной отрасли обострило персистирующий внутригородской конфликт между элитой города – нефтяниками – и остальными, зарабатывающими в десятки раз меньше. Относительная персональная депривация, вкпе с постоянным ростом ожиданий среди «прочих», не совпадавшим с реальными возможностями, привела к хронической фрустрации, которая особенно легко диагностировалась в семьях оралманов. Наши респонденты редко были довольны чем-либо в городе, сравнивая свою жизнь «здесь» с жизнью «где-то там», чаще всего – в предыдущей стране проживания. По классическим невротическим законам жанра, эта страна чрезмерно идеализировалась. Покинутым столицам приписывались желаемые качества («жить там легче, богаче, климат мягче, люди добрее, специалисты лучше»), при этом желания вернуться в прежнюю страну проживания не было («мы – казахи, будем жить на Родине»). Выходцы из других стран сформировали отдельное сообщество в Жанаозене, компактно заселив один из самых некомфортных микрорайонов города. Когнитивная схема «хороший Я и хорошие Мы в плохом месте», привела, во-первых, к четко очерченной внешне-обвинительной позиции и, во-вторых, к углублению существующих внутригородских разногласий. На фоне противостояния между жителями и властью еще больше расцвели противоречия между нефтяниками и бюджетниками, между местными и пришлыми, между семьями раненых, но оставшихся в живых, и семьями, потерявшими близких.

К концу января 2015 года в городе, при всех объективных показателях улучшения качества жизни, сформировалась достаточно сложная социально-психологическая ситуация, которая сопровождалась прочно усвоенными и неоднократно подкрепленными методами достижения желаемого при помощи шантажа и активной демонстрации страданий.

События середины февраля 2015 года

В середине февраля 2015 года нефтяной городок вновь оказался в центре внимания прессы и пользователей социальных сетей. 16

февраля 2015 года в городскую больницу было госпитализировано 20 девушек-подростков с судорогами неясной этиологии. В течение последующих трех дней заболели еще 60 детей. Размытый диагноз «поствакцинальной реакции» вызвал растерянность и панику у населения городка, маленькая больница города оказалась переполнена пациентками и их многочисленными родственниками, создававшими дополнительные препятствия для нормальной работы медицинского персонала. В течение последующей недели количество заболевших продолжало увеличиваться, 195 человек было госпитализировано, еще более сотни находились на амбулаторном лечении.

В городке, где до сих пор нет специалистов в области психического здоровья, странные симптомы, которые появились сразу после вакцинации, всколыхнули панические слухи, которые вскоре стали приобретать агрессивный оттенок. Врачи города были деморализованы давлением родственников и многочисленных сочувствующих, и, чтобы переложить ответственность на внешний фактор, стали поддерживать циркулирующее среди жителей Жанаозена мнение об «испорченной» вакцине. Волна слухов о том, зачем и кому нужна была эта странная болезнь, в прямом смысле слова затопила город. Среди особо распространенных были предположения о происках зарубежных спецслужб, крайней коррумпированности местных чиновников из Минздрава, которые не погнушались нажать на здоровье детей и подменили качественную вакцину некачественной. Высказывалось мнение о подготовленном замысле стерилизации населения Жанаозена, чтобы таким жестоким образом решить вопрос с чрезвычайно высоким уровнем рождаемости в городе. Во всех случаях ядром оставалось стойкое убеждение о том, что главной причиной событий является токсическое действие коревой вакцины. Ссылки на исследования ВОЗ и других не доходили до сознания населения, потому что при неформальном общении и врачи, и некоторые чиновники низшего звена намекали на плохо проведенную экспертизу.

Комментарии к роликам о последствиях проводимой вакцинации, запущенные на интернет-канале YouTube (www.youtube.com) в феврале – марте 2015 года, помогают восстановить картину происходивших в городе событий. Крайне эмоциональная и напряженная ситуация в городе актуализировала хорошо усвоенные алгоритмы поведения активных жертв. Многие дети демонстрацией активных симптомов выторговывали у родителей дорогие подарки (сотовые телефоны, планшеты, украшения и пр.), а родители, со своей стороны, использовали симптоматику детей для получения дополнительных социальных льгот. Достаточно интересным представлялся тот факт, что большинство заболевших девочек были из семей оралма-

нов и других «прочих», обслуживавших нефтяную промышленность, но не работающих в ней. Описанная выше когнитивная схема и идеализация страны предыдущего проживания вызывали естественное желание лечиться именно там, при этом все расходы на проезд и лечение должен был взять на себя основной «виновник» происходящего – городская и областная власть. Встречи представителей акимата города и области с родителями и учителями заболевших выливались в требования ответить на несколько основных вопросов, а именно:

- Больны ли дети? Если да, то чем?
- Почему Жанаозен?
- Связана ли болезнь детей с проведенной вакцинацией?
- Связана ли болезнь детей с забастовкой нефтяников 2011 года и последовавшими за ней событиями?
- Что делать?

Больны ли дети? Если да, то чем?

В апреле 2015 года для оценки ситуации в городе и оказания экспертной поддержки небольшая группа в составе политолога, антрополога и психиатра была направлена в Мангистаускую область, город Жанаозен. Перед поездкой, ознакомившись со всеми доступными материалами, в том числе и с записанными на телефон видеороликами на интернет-канале YouTube, не оставалось никаких сомнений в том, что в Жанаозене произошла вспышка массового диссоциативного (конверсионного) расстройства. Записанные на сотовый телефон видео заболевших, выложенные в свободный интернет, демонстрировали классические признаки диссоциативных конвульсий (F44), которые в предыдущей номенклатуре психических расстройств носили название истерических припадков.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра диссоциативные или конверсионные расстройства описываются следующим образом: «Общепринятыми положениями, на основе которых выделяются диссоциативные, или конверсионные, расстройства, являются полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. Все виды диссоциативных расстройств имеют тенденцию к исчезновению через несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение связано с каким-либо травмирующим событием в жизни. Многие хронические расстройства, особенно параличи и потеря чувствительности, могут развиваться на основе существования неразрешимых проблем и межличностных сложностей. Эти расстройства ранее преимущест-

венно классифицировались как различные виды «конверсионной истерии». Считается, что они имеют психогенную этиологию, поскольку по времени возникновения тесно связаны с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Симптомы часто соответствуют представлению больного о том, как должно было бы проявляться психическое заболевание. Медицинский осмотр и обследование не выявляют каких-либо явных физических или неврологических нарушений. Кроме того, совершенно очевидно, что потеря функции является выражением эмоционального конфликта или потребностей. Симптомы могут развиваться в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно» [4].

Для диссоциативных расстройств характерно «отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам)». Также «имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями» [4]. К спектру диссоциативных расстройств относятся диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга, диссоциативный ступор, транс и одержимость, диссоциативные двигательные расстройства, диссоциативные конвульсии, диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия, а также синдром Ганзера, расстройство множественной личности, другие неуточненные диссоциативные расстройства [4].

Массовое конверсионное расстройство, известное в старых учебниках психиатрии как массовая истерия, достаточно часто наблюдается в периоды социально-психологических и политических кризисов. С 1974 года по 2004 год в мире было зафиксировано более 70 случаев массового конверсионного расстройства в таких странах, как Франция, США, Япония, Англия, Иордания, Испания. Многие из этих случаев достаточно хорошо описаны [6, 12]. Более того, существуют исследования массовых психогенных расстройств у детей именно после вакцинации: в Испании [13], Иране [14], на Тайване [11]. Не случайно специалисты департамента ВОЗ по вакцинам и иммунизации предупреждают о готовности лечебных учреждений к подобным явлениям [8].

В странах постсоветского пространства эпидемия диссоциативных расстройств зафиксирована в начале 2000-х годов. Именно такие случаи были описаны в Шелковском районе Чеченской Республики [1].

Наиболее подробно хронологию и причины возникновения эпидемии диссоциативного расстройства описал профессор, доктор психологических наук, автор классической монографии по психологическому стрессу Л.А. Китаев-Смык: «Утром 16 декабря 2005 г. в Шелковском районе Чечни, в станице Староглазовской странная болезнь поразила четырех девочек-чеченок и двух молодых женщин. С утра в школе, а потом уже в больнице у них время от времени возникали краткие приступы удушья, судороги рук и ног. Они падали и в ужасе кричали. Глава района оповестил всех, что это следствие нервно-паралитического или психотропного воздействия. К концу дня было уже двенадцать заболевших учениц той школы и две женщины, работавшие в ней. У всех одинаковые симптомы: онемение рук, ног, судорожные припадки, тошнота, озноб, слабость и пугающие приступы удушья. Они длились по несколько минут и повторялись 4-5 раз за день. По всей Чечне прокатился слух о “поражении детей в станице Староглазовская либо боевыми отравляющими веществами, либо радиацией”. Местные врачи подтверждали этот диагноз. Здесь следует напомнить, что с 1994 г. в Чечне началась... война... В 2002-м году активные бои сменились множественными диверсионными действиями: подрывами мин на дорогах, снайперскими убийствами, захватом заложников, отравлением земли и источников воды. К 2006-му году была спровоцирована, – самое страшное, что может быть у горцев, – массовая кровавая месть. Стали частыми исчезновения людей, взрывы домов, расстрелы и неизвестно кем обезображенные трупы. Накануне странного заболевания чеченских девочек по Чечне промчалось очередное пугающее сообщение: “В столице, в Грозном, обнаружен мощный источник радиоактивного излучения, превышающий допустимый уровень в 58 тысяч раз”. За истекшее десятилетие Чечня превратилась из процветающей курортной северокавказской республики в единый, сплоченный, больной социально-этнический организм, где все, про всё, про любую угрозу мгновенно узнают, где все жители всё время эмоционально перевозбуждены. Одни страхом, другие – злобой, где люди одержимы либо жадной мести, либо мучительной обязанностью мстить. При этом они упорно трудились, поддерживая свою жизнь» [2].

Л.А. Китаев-Смык [2], цитируя выдающихся российских психиатров Сперанского и Гиндикина, излагает достаточно популярную гипотезу «повторного удара». Согласно этой гипотезе, для развития невротической симптоматики необходимо и достаточно двух факторов: (1) чрезмерного по силе кумулятивного (совокупного) стресса и (2) «повторного удара» – события, которое само по

себе не способно послужить причиной расстройства, но оказывается последней каплей, окончательно ломающей предварительно истощенные адаптационные ресурсы.

Заражение диссоциативными симптомами происходит по механизму эмоциональной цепной реакции, облегчается страхом перед неизвестным заболеванием. Наиболее уязвимой группой признаются девушки и юные женщины с определенной конституциональной предрасположенностью. До настоящего времени неврологи и врачи общей практики называют диссоциативные расстройства «функциональными», подчеркивая, с одной стороны, преходящий и обратимый характер даже самой тяжелой симптоматики (например, ступора или истерической мнимой смерти), с другой – обращая внимание на так называемую «неорганическую», как бы «ненастоящую» природу болезни. Эта «функциональность» почти неизбежно приводит к снисходительному, обидно стигматизирующему отношению к заболевшим, которые даже докторами порой воспринимаются чуть более серьезно, чем откровенные симулянты.

Тем не менее последние нейropsychологические исследования, проведенные при помощи функциональной магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии и других инновационных технологий, продемонстрировали наличие четкого нейробиологического субстрата диссоциативных симптомов. Обзорная статья С. Харви с соавт. [10] резюмирует результаты более 50 исследований, среди которых работы О. Девинского [9] и М. Брума [7]. Авторы указывают на общие для всех пациентов нейробиологические маркеры, в частности, на чрезмерную активацию префронтальной коры и лимбической системы под воздействием хронического накапливающегося стресса. Чрезмерный по силе дистресс, как это было показано на клинических примерах, способен подавить проведение восходящей сенсорной и моторной информации по таламокортикальному тракту и привести к дефициту контроля за собственными сенсорными и моторными функциями. Заметим, что дефицит *внутреннего* контроля может быть защитным механизмом, который развивается в ответ на чрезмерное по силе стрессовое воздействие и, как и всякий защитный механизм, подкрепляется вторичной выгодой – получением возможности *внешнего* контроля, в частности, контроля над близким окружением. Проще говоря, симптоматика может держаться столько времени, сколько будет поощряться возможность манипулирования другими людьми при помощи признаков своего расстройства.

Таким образом, диссоциативное расстройство (1) вызывается наложением «последней капли» на хронический кумулятивный

дистресс; (2) быстрее всего развивается у девочек и юных женщин, имеющих конституциональную предрасположенность; (3) развивается по механизму эмоционального заражения; (4) сопровождается зафиксированными нейробиологическими изменениями.

К моменту приезда в Жанаозен экспертной группы врачей-психиатры области и специалисты, приехавшие из Алматы, успешно разобрались в природе странной эпидемии и разработали пошаговый алгоритм вмешательства. Одна из нерешенных проблем заключалась в недостаточно удачном, на наш взгляд, концептуальном подходе к терапии, который выразался в девизе лечебного лагеря для девочек, расположенного в курортной зоне Кендерли: «Мы не больны!». Очевидно, что девиз создавал дополнительную диссоциацию между декларируемым отсутствием болезни и наличием симптомов.

Почему Жанаозен? Связана ли болезнь детей с проведенной вакцинацией? Связана ли болезнь детей с событиями 2011 года? («Кто виноват?»)

Суровый климат, удаленность от «элитных» регионов Казахстана, сравнительная, в прошлом, легкость получения казахстанского гражданства, привлекательность больших заработков, связанная с добычей нефти, сделали город особенно привлекательным для оралманов – этнических казахов, волею судьбы оказавшихся в других странах. С учетом особенностей когнитивных карт адайцев, описанных нами ранее в статье, особенного отношения к «пришлым», а также разросшегося внутригородского конфликта, становится понятно, что «пришлые», а также «прочие» оказались в *относительной* изоляции от денежного потока, направленного в область и город после трагических событий 2011 года. Феномен относительной персональной депривации, или зависти в обыденном лексиконе, способствует возникновению чувства неполноценности, которое определяется в качестве одного из наиболее мощных внутренних отрицательных стрессоров. Описанный в социальной психологии «эффект зеркала» состоит в том, что люди склонны оценивать уровень доходов и качество собственной жизни в сравнении не с удаленными коллегами (что было бы корректно с «научной» точки зрения), а с соседями по региону, по цеху, по дому. Например, шофер нефтяной компании в Жанаозене сравнивает свое положение не с шофером такой же компании в Татарстане или на российском Севере, а с заработком более квалифицированного соседа-нефтяника или даже менеджера компании. Принимая во внимание тот факт, что все жители города так или иначе были травмированы событиями 2011 года, достаточно большая группа горожан, чья

травмированность не была ни признана, ни поощрена, оказалась в ситуации незавершенного гештальта, что, в свою очередь, приводило к усилению и без того высокого уровня эмоционального напряжения. Интересным представляется тот факт, что в соседнем поселке, принадлежащем уже другой области, случаев осложнения после проведения вакцинации не было.

Массовая вакцинация не предполагает проведения предварительного разъяснения и информированного согласия, поэтому может восприниматься как насильственное действие, совершаемое без осознанного участия подростка. Лишение возможности выбора, собственного контроля над совершаемыми действиями вполне могло стать той самой последней каплей, которая привела к первым диссоциативным судорогам у девочек. Остальные механизмы распространения эпидемии классические: распространение панических слухов о вакцине, эмоциональное заражение от уже заболевших детей, появление признаков расстройства даже у тех юных жителей, которые не были вакцинированы. Следует отметить, что другое событие, имеющее хотя бы минимальный травматический потенциал в восприятии граждан города, вполне могло сыграть роль окончательного удара, запустившего цепочку событий в феврале 2015 года. Тем не менее объяснение причин массовых диссоциативных расстройств в Жанаозене предполагает положительные ответы на оба вопроса: да, болезнь детей была связана с событиями 2011 года и была «запущена» проведенной вакцинацией.

Что делать?

К моменту нашего приезда в Мангистаускую область квалифицированными психiatрами из Казахстана была разработана программа комплексной помощи пациенткам с диссоциативными расстройствами. Реабилитация проводилась на базе курортной зоны Кендерли, отстроенной специально для работников нефтяной промышленности и расположенной на берегу Каспийского моря неподалеку от Жанаозена. Индивидуальная работа с пациентками осуществлялась на дому под присмотром квалифицированных психологов. Новых случаев заражения уже не было, заболевшие, правда, не всегда успешно, учились контролировать свои «приступы», основная часть родителей заболевших девочек вскоре осознали связь между излишним вниманием к персоне дочери и симптомами странной болезни. Некоторые из отцов и матерей стали активными помощниками в терапевтическом процессе.

Тем не менее несколько детей, отправленные в другую республику вместе с требовательными родственниками, были диагности-

рованы как лица, страдающие «токсической энцефалопатией». Страшный диагноз оказал на лечившихся там детей и их родителей парадоксально-успокаивающее воздействие – виновник был найден, болезнь подтверждена, многочисленные процедуры создали необходимый положительный плацебо-эффект. Проблема заключалась в том, что выставленный «хорошими специалистами» другой страны страшный диагноз мгновенно распространился среди выздоравливающих, обесценив все прошлые достижения медиков. Проведенная ВОЗ экспертиза вакцины не принималась массовым сознанием, в Жанаозене появились кликуши – учительницы, агрессивно требовавшие наказать виновных, формулирующие катастрофические прогнозы и собирающие вокруг себя толпы сочувствующих. Желающих уехать на лечение в другое государство становилось все больше. Остановить очередное поветрие удалось применением достаточно суровых мер, а именно: экспертизой выставленных в клинике диагнозов, проведенной специалистами тамошнего Минздрава, в результате которой «токсический» диагноз был изменен.

Усвоенная модель получения желаемого путем откровенного шантажа собственным здоровьем могла привести к освобождению заболевших от единого национального тестирования (аналог российского ЕГЭ), однако благодаря слаженным действиям команды специалистов этого осложнения удалось избежать.

Случай массивного диссоциативного расстройства, зарегистрированного в современном Казахстане в XXI веке, не единичен. Травматический стресс весьма часто сопровождается диссоциативными симптомами, которые могут сохраняться продолжительное время и быть как связанными с актуальным культуральным контекстом [5], так и не обнаруживать с ним связи вообще. Особенности клинических проявлений диссоциации весьма разнообразны. Так, в Кыргызской Республике преобладают состояния диссоциативной одержимости, во время которых и девушки, и молодые люди рассказывают об одержимости джиннами. Нечто подобное отмечали наши коллеги, работающие в Чечне. Описанию механизмов развития этого расстройства, возможно, будет посвящена следующая статья об отдаленных последствиях травматического стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дальсаев М.А., Дальсаева Р.Ч. Массовая психогения или массовое отравление в Шелковском районе Чеченской Республики // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 2. С. 88–92.
2. Китаев-Смык Л.А. Конверсионное заболевание женщин в Чечне: «Эпидемия» индуцированных болезней или конверсионная истерия? // Психопедagogика в правоохранительных органах. 2005. № 4(31). С. 50–57.

3. Масанов Н.Э. Кочевая цивилизация казахов: основы жизнедеятельности кочевнического общества. Алматы: Социнвест; М.: Горизонт, 1995. 320 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.
5. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. 2006. № 1. С. 281–288.
6. Balaratnasingam S, Janca A. Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006 Mar; 19(2): 171–4.
7. Broome M.R. A neuroscience of hysteria? *Current Opinion in Psychiatry*, 2004. 17: 465–9.
8. Clements C.J. Mass psychogenic illness after vaccination. *Drug Safety*, 2003; 26(9): 599–604.
9. Devinsky O., Mesad S., Alper K. Nondominant hemisphere lesions and conversion nonepileptic seizures. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2001. 13: 367–73.
10. Harvey S.B., Stanton B.R., David A.S. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr. Dis Treat.* 2006 Mar; 2(1): 13–20.
11. Huang W.T., Hsu C.C., Lee P.I., Chuang J.H. Mass psychogenic illness in nationwide in-school vaccination for pandemic influenza A(H1N1) 2009, Taiwan, November 2009-January 2010. *Euro Surveill.* 2010 May 27; 15(21): 19575.
12. Karam E.G., Khattar L.H. Mass psychogenic illness (epidemic sociogenic attacks) in a village in Lebanon. *J. Med. Liban.* 2007 Apr-Jun; 55(2): 112–5.
13. Peiró E.F., Yáñez J.L., Carramiñana I., Rullán J.V., Castell J. Study of an outbreak of hysteria after hepatitis B vaccination. *Med Clin (Barc)*. 1996 Jun 1; 107(1): 1–3. [Spanish].
14. Yasamy M.T., Bahramnezhad A., Ziaaddini H. Postvaccination mass psychogenic illness in an Iranian rural school. *East Mediterr Health J.* 1999 Jul; 5(4): 710–6.

REFERENCES

1. Dal'saev M.A., Dal'saeva R.Ch. *Massovaya psikhogeniya ili massovoe otravlenie v Shelkovskom raione Chechenskoi Respubliki* [Mass psychogeny or intoxication in Shelkovskoy district of Chechnya]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2006, no. 2, pp. 88–92.
2. Kitaev-Smyk L.A. *Konversionnoe zabolevanie zhenshchin v Chechne: «Epidemiya» indutsirovannykh boleznei ili konversionnaya isteriya?* [Conversion diseases in Chechen women: induced diseases «epidemic» or conversion hysteria?]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychology and pedagogic in law-enforcement agencies], 2005, no. 4(31), pp. 50–57.
3. Masanov N.E. *Kochevaya tsivilizatsiya kazakhov: osnovy zhiznedeyatel'nosti nomadnogo obshchestva* [Kazakh nomadic culture: vital activity base of nomadic society]. Алматы, Sotsinvest Publ.; Moscow, Gorizont Publ., 1995, 320 p.
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. Geneva: World Health Organisation, 1992. [Russ. ed.: *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em: 10-i peresmotr*. Geneva: World Health Organisation, 1995].
5. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie mekhanizmy sovladaniya pri dezadaptatsii lichnosti: kul'tural'nyi aspekt* [Psychological coping-mechanisms of malad-

- justed personality: cultural aspect]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2006, no. 1, pp. 281–288.
6. Balaratnasingam S, Janca A. Mass hysteria revisited. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006 Mar; 19(2): 171–4.
7. Broome M.R. A neuroscience of hysteria? *Current Opinion in Psychiatry*, 2004. 17: 465–9.
8. Clements C.J. Mass psychogenic illness after vaccination. *Drug Safety*, 2003; 26(9): 599–604.
9. Devinsky O., Mesad S., Alper K. Nondominant hemisphere lesions and conversion nonepileptic seizures. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2001. 13: 367–73.
10. Harvey S.B., Stanton B.R., David A.S. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr. Dis Treat.* 2006 Mar; 2(1): 13–20.
11. Huang W.T., Hsu C.C., Lee P.I., Chuang J.H. Mass psychogenic illness in nationwide in-school vaccination for pandemic influenza A(H1N1) 2009, Taiwan, November 2009-January 2010. *Euro Surveill.* 2010 May 27; 15(21): 19575.
12. Karam E.G., Khattar L.H. Mass psychogenic illness (epidemic sociogenic attacks) in a village in Lebanon. *J. Med. Liban.* 2007 Apr-Jun; 55(2): 112–5.
13. Peiró E.F., Yáñez J.L., Carramiñana I., Rullán J.V., Castell J. Study of an outbreak of hysteria after hepatitis B vaccination. *Med Clin (Barc)*. 1996 Jun 1; 107(1): 1–3. [Spanish].
14. Yasamy M.T., Bahramnezhad A., Ziaaddini H. Postvaccination mass psychogenic illness in an Iranian rural school. *East Mediterr Health J.* 1999 Jul; 5(4): 710–6.

Молчанова Е.С., Жолдасова Ж.А. Массовое диссоциативное расстройство в Жанаозене: предпосылки и механизмы формирования // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 135–150.

Аннотация

В статье проанализированы причины и механизмы развития массового диссоциативного расстройства, зарегистрированного в феврале-апреле 2015 года в казахстанском городе Жанаозен. Поступление в городскую больницу двадцати девушек-подростков с судорогами неясной этиологии с диагнозом «поствакцинальной реакции» вызвало панические слухи у населения, что сопровождалось увеличением числа подверженных данным симптомам более чем в десять раз. Автором описано взаимодействие различных факторов, повлиявших на вспышку «психической эпидемии», в частности прослежены особенности когнитивных схем и ожиданий, а также специфика травматического стресса, переживаемого жителями города в период 2011–2015 годов. Установлена наиболее уязвимая группа – девушки и молодые женщины с определенной конституциональной предрасположенностью. Массовая вакцинация подростков, не сопровождавшаяся предварительным разъяснением и получением информированного согласия, стала восприниматься как насильственное действие, совершаемое без осознанного участия самого человека. Лишение возможности выбора и контроля над совершаемыми действиями стали последней каплей, приведшей к появлению первых диссоциативных судорог у девушек. Среди остальных механизмов разрастания эпидемии: распространение панических слухов о вакцине, эмоциональное заражение от уже заболевших подростков, появление признаков расстройства даже у тех жителей, которые

не были вакцинированы. Прослежена связь психических расстройств в 2015 году с последствиями психотравмирующих событий 2011 года. Выделен феномен относительной персональной депривации, способствовавший росту ощущения неполноценности у жителей города, что определено в качестве одного из наиболее мощных внутренних стрессоров. С опорой на современные данные нейронаук показано, что чрезмерный по силе дистресс способен подавить проведение восходящей сенсорной и моторной информации по таламокортикальному тракту и привести к дефициту контроля над сенсорными и моторными функциями. Проведена аналогия с эпидемией диссоциативного расстройства, возникшего в Шелковском районе Чеченской Республики в 2005 года. Описана специфика помощи пострадавшим.

Ключевые слова: диссоциативное расстройство, эпидемия, массовые психогенные расстройства, травматический стресс, когнитивные схемы, Жанаозен.

Информация об авторах:

Молчанова Елена Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии Американского университета в Центральной Азии, Киргизия, 720000, г. Бишкек, ул. Аалы Токомбаева 7/6, тел. +996(312)915000+447, *molchanova_e@auca.kg*.

Жолдасова Жибек Алилулаевна, кандидат медицинских наук, Генеральный директор «Клиники лечения неврозов и болезни Альцгеймера» при ТОО «Древо познания», Казахстан, Алматы, Ауэзовский район, мкр Мамыр-4, д. 197/1, тел. 8727255 52 30, *zhibek_zholdas@mail.ru*.

Molchanova E., Zholdasova Zh. Massovoe dissotsiativnoe rasstroistvo v Zhanaozene: predposylki i mekhanizmy formirovaniya [Mass dissociative disorder in Janaozen: predictors and mechanisms of development] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 135–150.

Abstract. The article analyses the causes and mechanisms of development of mass dissociative disorders registered between February and April 2015 in Janaozen, Kazakhstan. Twenty teenage girls with convulsions of unknown etiology were admitted to a municipal hospital and diagnosed with “a postvaccinal reaction”. This caused panic rumours among the population, which led to an increase in the number of those who turned susceptible to the symptoms by more than ten times. The authors of the article describe the interaction of various factors that influenced the outbreak of “mental epidemic”, particularly the peculiarities of cognitive schemes and anticipation, as well as the specific character of the traumatic stress experienced by the residents of the town between 2011 and 2015. The most vulnerable group of people was determined, that is girls and young women with a certain constitutional predisposition. The mass vaccination of teenagers without explaining and obtaining informed consent was regarded as an act of violence committed without the conscious participation of a vaccinated individual. Depriving of a choice

and control over the committed acts became the last straw that led to the emergence of the first dissociative convulsions in the girls. The other mechanisms for the epidemic spreading include: the proliferation of panic rumours of the vaccine, emotional contagion from those teenagers who are already affected, the emergence of the disorder in those residents who were not vaccinated. The article traces the connection between the mental disorders of 2015 and the consequences of the psychologic traumatic experiences of 2011. The article marks out the phenomenon of relative personal deprivation, which contributed to the growth of the inferiority feeling among the town residents, and which is defined as one of the most powerful internal stressors. Relying on the contemporary data of neurosciences, the article shows that excessively powerful distress is able to suppress the passage of ascending sensory and motor information along the thalamocortical tract and cause the deficit of control over sensory and motor functions. The article draws similarities between the epidemic in question and the dissociative disorder epidemic in the Shelkovsk region of the Chechen Republic in 2005. It describes the specific ways of giving aid to sufferers from this condition.

Keywords: dissociative disorder, epidemic, mass psychogenic disorder, traumatic stress, cognitive scheme, Janaozen.

Information about authors:

Molchanova Elena, M.D., Ph.D. in Medicine, Associate Professor, Psychology Department, American University in Central Asia; 7/6, Aaly Tokombaev st., Bishkek, 720000, Kyrgyzstan, tel. +996 312915000+447, *molchanova_e@auca.kg*.

Zholdasova Zhibek, M.D., Ph.D., General Director, Clinics on neurosis and Alzheimer's disease treatment; 197/1, Mamyr-4, Auezov district, Almaty, Kazakhstan, tel. 8727255 52 30, *zhibek_zholdas@mail.ru*.

Поступила: 24.09.2015

Received: 24.09.2015

УДК 616.89-052:316.61

ББК Р64-1

КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.Л. Николаев

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

В последние годы на постсоветском пространстве взаимосвязи культуры с психическим здоровьем человека начинают интересоваться не только ученых и исследователей в области психического здоровья, но и клинических специалистов – врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов [1, 5]. Это касается не только России, как исторически многонационального государства, но и ее отдельных регионов [2, 8]. Подобные интересы разделяют и психиатры Украины [9], Казахстана [3], Киргизии [12], Таджикистана [3], в том числе по вопросам психотерапии [4, 13] и психологического консультирования [6, 12] при нарушениях психического здоровья.

В Национальном руководстве по психиатрии [6], разработанном Российским обществом психиатров в 2009 г., отдельно выделена этнокультуральная психиатрия как частное направление социальной психиатрии. Это не удивительно, поскольку все мы являемся свидетелями того, насколько, с одной стороны, возросла социальная значимость для многих из нас таких категорий, как родной язык, религия, этническая идентичность, с другой стороны, наше общество становится все более пестрым по этническому, религиозному и расовому составу за счет миграционных процессов. Оно становится, как принято сегодня говорить, все более мультикультурным. Закономерно, что в повседневной клинической практике все чаще начинают возникать вопросы и проблемы культурального содержания, к грамотному и успешному разрешению которых специалисты службы психического здоровья не всегда готовы. В этой связи возрастает интерес к тому, как решаются данные вопросы в других странах. К примеру, наши западные коллеги имеют гораздо более длительный опыт работы в культуральном поле психического здоровья [14–16].

Наиболее ярким фундаментальным трудом в этой области за рубежом стало выпущенное в 2015 году издательством Американ-

ской психиатрической ассоциации второе издание «Клинического руководства по культуральной психиатрии» [11]. Данное руководство вышло чуть менее чем через десять лет после выпуска его первого издания в 2006 году, и специалисты уже начали позитивно оценивать его выход [10]. За эти годы оно обогатилось новым фактическим материалом, который и лег в основу, в том числе, и новых глав. Руководство базируется на понятиях и определениях новой классификации психических и поведенческих расстройств DSM-V, в нем также представлены инновационные подходы в подаче информации.

Работа является плодом коллективного труда ряда специалистов под общей редакцией доктора *Рассела Ф. Лима*, профессора кафедры психиатрии и поведенческих наук Калифорнийского университета в США. Как указывает редактор, данный труд призван помочь психиатрам в диагностике и лечении психических расстройств у больных, относящихся к различным этнокультурным группам и социальным слоям, за счет повышения культуральной компетентности специалистов. В его основу положен двадцатилетний опыт проведения семинаров для клиницистов, в ходе которых врачи обучались задавать себе вопрос о том, является ли конкретное поведение пациента типичным для его культуры или нет. В ситуации работы с этническими меньшинствами или культурально отличающимися пациентами способность психиатра видеть и понимать иное мировоззрение становится незаменимой. Обратимся к более подробному знакомству с клиническим руководством, состоящим из двенадцати глав и трех приложений.

Первые две главы (с. 1–76) посвящены общим вопросам культуральной психиатрии. Представлена система культуральной оценки индивидов, опирающаяся на исторические предпосылки такой работы и критический анализ существующих концепций культуры. В рамках процесс-ориентированного подхода выделена структура культурно-формулирующего интервью (с. 7), охарактеризованы наиболее важные аспекты культуральной идентичности личности, к которым отнесены факторы этничности, расы, страны происхождения, языка, пола, возраста, семейного статуса, сексуальной ориентации, религиозной веры, социоэкономического статуса, образования, принадлежности к определенным группам, история миграции, уровень аккультурации, степень аффилиации вышепредставленных факторов (с. 13). На примерах показаны возможности культурального интервьюирования в клинической практике; в контексте психосоциальных стрессоров и ресурсов приведены синдромы, ограниченные культурой (с. 63–65).

В четырех следующих отдельных главах подробно рассматриваются культуральные подходы к клинической диагностике и терапии пациентов, представляющих афро-американскую культуру (с. 77–126), азиатско-американскую культуру (с. 127–182), латиноамериканскую культуру (с. 183–250), культуру американских индейцев и коренных жителей Аляски (с. 251–286). В этих главах довольно подробно описан исторический контекст развития данной культуры в стране, дана характеристика ее текущего состояния, приведена специфика диагностического процесса в рамках подхода DSM-V. Помимо списка использованной литературы содержится список литературы, рекомендованной для дополнительного чтения.

Выбор перечисленных культур наверняка был обусловлен их наибольшей представленностью в современном американском обществе. В то же время возникает вопрос о явном отсутствии в данном руководстве симметричного подхода к евроамериканской культуре, имеющей как протестантские, так и иудейские истоки и являющейся сегодня ведущей частью американского социума. Стоит ли расценивать это как проявление евроцентристских позиций авторов руководства? Позволим оставить этот вопрос без ответа.

Совершенно новыми в этом руководстве являются следующие четыре главы. Они посвящены культуральным аспектам психического здоровья женщин (с. 287–338), вопросам сексуальной ориентации геев, лесбиянок и бисексуалов (с. 339–396), трансгендерным пациентам (с. 397–410), вопросам оценки религиозности и духовности (с. 411–434). На этих страницах представлены эпидемиологические данные, клинические случаи с описанием особенностей диагностики и терапевтической тактики в отношении данных пациентов, приведена информация о правовом статусе лиц с различной сексуальной ориентацией. В последней из этих глав подчёркивается, что опыт религиозно ориентированной психотерапии соотносится с более высокими психологическими и духовными результатами при лечении пациентов с психическими расстройствами (с. 429).

В одиннадцатой главе «Этнофармакотерапия» (с. 435–468) авторами руководства подчёркивается, что культура и этничность пациента являются мощными детерминантами индивидуального ответа на фармакологическое лечение (с. 460), а саму фармакотерапию необходимо обязательно предварять соблюдением определенных условий, в числе которых начало лечения с низких доз, информация о курении и характере питания, контроль показателей плазмы крови, вовлечение семьи, использование различных

лекарственных форм (с. 461). Интересными являются данные о различиях в метаболизме галоперидола при его внутримышечном и пероральном приёме у белых американцев и американцев азиатского происхождения, рождённых в США и за рубежом (с. 440).

В заключительной главе (с. 469–476) и приложениях (с. 477–552) подводятся итоги и содержатся дополнительные материалы, помогающие более точной формулировке культурального диагноза на основе рекомендаций DSM-V. Эти данные полезны не только для клинической практики, но и для планирования и проведения научных исследований по широкому кругу вопросов культурального контекста психического здоровья.

Завершая знакомство с этим безусловно интересным и полезным руководством в области культуральной психиатрии, стоит отдельно остановиться на его значении для российской психиатрии. Несмотря на то, что и американское, и российское общество представляют собой пример государств, объединяющих представителей множества культур, прямое обращение к американским подходам в культуральной психиатрии вряд ли возможно. Различны исторические истоки подобного этнокультурного разнообразия, различны современные контексты взаимодействия и взаимовлияния культур. Значительно отличается и ценностный «стержень», лежащий в основе общественной жизни и ориентиров ее устремленности в будущее в современной России и в США.

Тем не менее обращение к данному руководству отечественному психиатру, наркологу, психотерапевту, психологу, несомненно, будет полезным. Оно поможет осознать важность своевременного решения немалого числа вопросов культурального характера в клинической практике, подскажет возможные подходы для этого. Благо данное руководство является по-настоящему «практическим» и содержит множество клинических примеров и видеоиллюстраций. Надеюсь, что знакомство с руководством также нацелит отечественных исследователей на новые направления научного поиска в плоскости культуральных детерминант психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
2. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
3. Николаев Е.Л., Игнатъев Ю.В., Мухамадиев Д.М. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 378 с.

4. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.
5. Очерки динамической психиатрии: Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
6. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
7. Семке В.Я., Бохан Н.А., Галактионов О.К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. 158 с.
8. Семке В.Я., Эрдэнбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
9. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев: Сфера, 2002. 314 с.
10. Balon R. Clinical Manual of Cultural Psychiatry, Second Edition. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2015, vol. 27, no. 2, pp. 152–153.
11. Lim R.F., ed. Clinical Manual of Cultural Psychiatry, Second Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, 2015, 630 p.
12. Molchanova E., Kosterina E., Kim E., Horne S.G., Latipova K., Koga P.M. Counseling in the Kyrgyz Republic. In: Hohenshil T.H., Amundson N.E., Niles S.G., eds. Counseling Around the World: An International Handbook. American Counseling Association, Alexandria, Virginia, 2013. pp. 107–116.
13. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no 3, pp. 482–485.
14. Wicker H.R. Culture and psychiatry. *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel, 2001, pp. 11–20.
15. Yap P.M. Classification of the culture bound reactive syndromes. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1967, no 1, pp. 172–179.
16. Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis. *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel, 2001, pp. 166–174.

REFERENCES

1. Dmitrieva T.B., Polozhii B.S. *Etnokul'tural'naya psikhiiatriya* [Ethnocultural Psychiatry]. Moscow, Meditsina Publ., 2003. 448 p.
2. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as phenomenon of psychology and culture]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2006, 384 p.
3. Nikolaev E.L., Ignat'ev Yu.V., Mukhamadiev D.M. *Psikhicheskoe zdorov'e na evraziiskom prostranstve kul'tur: klinicheskie, psikhologicheskie i sotsial'nye realii* [Mental health in Eurasian space of cultures: clinical, psychological and social realities]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2013, 378 p.
4. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Orlov F.V. *Diskursivnyi tip lichnosti pri nevroticheskikh rasstroistvakh* [Discursive type of personality in neurotic disorders]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2012. 148 p.
5. *Ocherki dinamicheskoi psikhiiatrii: Transkul'tural'noe issledovanie* [Essays on dynamic psychiatry: Transcultural study]. St. Petersburg, 2003, 438 p.
6. *Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo* [Psychiatry: National manual]. Moscow, 2009, 1000 p.

7. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Galaktionov O.K. *Ocherki etnopsikhologii i etnopsikhoterapii* [Essays on ethnic psychology and ethnic psychotherapy]. Tomsk, 1999, 158 p.
8. Semke V.Ya., Erdenbayar L., Bokhan N.A., Semke A.V. *Transkul'tural'naya narkologiya i psikhoterapiya* [Transcultural narcology and psychotherapy]. Tomsk, 2001. 162 p.
9. Yur'eva L.N. *Istoriya. Kul'tura. Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva* [History. Culture. Mental and behavioral disorders]. Kiev, 2002. 314 p.
10. Balon R. Clinical Manual of Cultural Psychiatry, Second Edition. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2015, vol. 27, no 2. pp. 152-153.
11. Lim R.F., ed. Clinical Manual of Cultural Psychiatry, Second Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington, Virginia, 2015, 630 p.
12. Molchanova E., Kosterina E., Kim E., Horne S.G., Latipova K., Koga P.M. Counseling in the Kyrgyz Republic. In: Hohenshil T.H., Amundson N.E., Niles S.G., eds. *Counseling Around the World: An International Handbook*. American Counseling Association, Alexandria, Virginia, 2013. pp. 107-116.
13. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no 3, pp. 482-485.
14. Wicker H.R. Culture and psychiatry. *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel, 2001, pp. 11-20.
15. Yap P.M. Classification of the culture bound reactive syndromes. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1967, no 1, pp. 172-179.
16. Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis. *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel, 2001, pp. 166-174.

Николаев Е.Л. Культуральная психиатрия: современные подходы в клинической практике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 4. С. 151-158.

Аннотация. В последние годы на постсоветском пространстве наблюдается рост интереса к взаимосвязи культуры с психическим здоровьем. В «Российском национальном руководстве по психиатрии» выделена этнокультуральная психиатрия как частное направление социальной психиатрии. В то же время обращение к опыту западных специалистов не теряет своей актуальности. Представлена рецензия на второе издание «Клинического руководства по культуральной психиатрии», выпущенное в 2015 г. издательством Американской психиатрической ассоциации под редакцией профессора Рассела Ф. Лима. Подчеркнуто, что в руководстве представлена система культуральной оценки личности, опирающаяся на исторические предпосылки и критический анализ существующих концепций культуры. В рамках процесс-ориентированного подхода выделена структура культурно-формулирующего интервью, охарактеризованы наиболее важные аспекты культуральной идентичности личности, подробно рассмотрены культуральные подходы к клинической диагностике и терапии пациентов, представляющих афроамериканскую, азиатско-американскую, латиноамериканскую культуру, культуру американских индейцев и коренных жителей Аляски. Выбор перечисленных культур наверняка был обусловлен их наибольшей представленностью в современном американском обществе. В

то же время автор рецензии ставит вопрос о явном отсутствии в данном руководстве симметричного подхода к евро-американской культуре, являющейся сегодня ведущей частью американского социума. Стоит ли расценивать это как проявление евроцентристских позиций авторов руководства? Новыми разделами являются главы, посвященные культуральным аспектам психического здоровья женщин, вопросам сексуальной ориентации геев, лесбиянок и бисексуалов, трансгендерным пациентам, вопросам оценки религиозности и духовности. В новой главе по этнофармакотерапии подчеркнута, что культура и этничность пациента являются мощными детерминантами индивидуального ответа на фармакологическое лечение, а саму фармакотерапию необходимо обязательно предварять соблюдением определенных условий. В заключение автором делается вывод о том, что прямое обращение российскими психиатрами к американским подходам в культуральной психиатрии вряд ли возможно. Однако обращение к данному руководству российскому специалисту, несомненно, будет полезным.

Ключевые слова: культура, психическое здоровье, культуральная психиатрия, этнокультуральная психиатрия, идентичность личности, рецензия.

Информация об авторе:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Nikolaev E. Kul'tural'naya psikhiiatriya: sovremennyye podkhody v klinicheskoi praktike [Cultural psychiatry: contemporary approaches in clinical practice] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 4, pp. 151-158.

Abstract. In recent years, the post-Soviet states have shown an increasing interest in the relationship between culture and mental health. The Russian National Manual of Psychiatry classifies ethnocultural psychiatry as a specialism of social psychiatry. At the same time turning to the experience of Western experts is still relevant. The article includes a review of the second edition of the Clinical Manual of Cultural Psychiatry edited by Professor Russell F. Lim and published by the American Psychiatric Association in 2015. It is specified that the manual contains a system of cultural personality assessment, based on the historical prerequisites and critical analysis of the existing cultural concepts. As part of the process-oriented approach, the manual determines the structure of the culture formulating interview, describes the most important aspects of a personality's cultural identity, gives a detailed consideration of cultural approaches to the clinical diagnosis and treatment of patients, representing African-American, Asian-American, Latin American, American Indian and Alaska Native cultures. The choice of these cultures must have been made due to their large proportions in modern American society. At the same time

the author of the review points out that the manual mentions no similar approach to Euro-American culture, which is the leading one in American society. Should it be regarded as a manifestation of the Eurocentric stand of the manual authors? The new chapters are the ones dealing with the cultural aspects of mental health of women, with issues of sexual orientation of gay, lesbian, bisexual and transgender people, with issues of evaluating religiousness and spirituality. The new chapter devoted to ethnopharmacotherapy states that the culture and ethnicity of a patient are powerful determinants of individual response to pharmacological therapy, and pharmacological therapy itself must be preceded by fulfilling certain conditions. In the conclusion of the article the author infers that adopting the American approaches to cultural psychiatry by Russian psychiatrists is scarcely possible. But using the manual in question will be of help to Russian psychiatrists.

Keywords: culture, mental health, cultural psychiatry, ethnocultural psychiatry, personal identity, review.

Information about author:

Nikolaev Evgeni, M.D., Doctor of Medical Science, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031, *pzdorovie@bk.ru*.

Поступила: 12.11.2015

Received: 12.11.2015

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является рецензируемым научно-практическим изданием, выходящим с 2005 года и представленным в базах данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и Ulrich's Periodicals Directory. Он публикует оригинальные теоретические и экспериментальные статьи, обзоры, описание клинических случаев, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, сексологии, суицидологии, когнитивных и нейронаук и смежных с ними областей знаний на русском и английском языках.

Будучи периодическим научным изданием Чувашского государственного университета, он объединяет в составе редакционной коллегии и редакционного совета видных отечественных и зарубежных учёных – специалистов в области медицины и психологии. Журнал осуществляет информационную поддержку Российского общества психиатров и Российского психологического общества. Выходит ежеквартально.

Основные требования. Редакция рассматривает статьи, нигде ранее не публиковавшиеся и не предоставленные для публикации в другие издания. Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора (авторов) с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Авторы несут полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

Вид, структура и объем статей

Оригинальная статья – до 4000 слов текста самой статьи и 30–40 библиографических ссылок. Экспериментальная статья должна быть структурирована (введение, материал и методы, результаты, обсуждение, заключение) и описывать результаты исследований, направленных на решение актуальной научной задачи, должна содержать научную новизну.

Обзор до 6000 слов текста самой статьи и 50–70 библиографических ссылок. Он должен давать представление о состоянии исследований в данной области и включать объективный критический анализ имеющейся по данной теме отечественной и зарубежной литературы. В текстах статей и обзоров следует отдавать предпочтение ссылкам на публикации последних 5–10 лет.

Краткое сообщение – до 2000 слов текста самой статьи и 15–20 библиографических ссылок. Представляет собой короткую статью о новых результатах, не содержащую детального описания эксперимен-

та. Также принимаются материалы, относящиеся к описаниям клинических случаев, обзорам конференций и других мероприятий, хроника мероприятий и событий и рецензии.

Оформление статей. Текст статьи набирается на компьютере в текстовом редакторе MS Word. На первой странице указываются: название статьи; фамилия, имя, отчество ее авторов; название учреждения, в котором выполнена работа, для каждого автора; город, страна. Далее идёт текст самой статьи.

Таблицы и рисунки должны быть наглядными, иметь название и не повторять данные, приведённые в тексте. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой.

В том же файле после статьи приводится аннотация на статью объёмом 200–250 слов и 5-7 ключевых слов или фраз. Аннотация должна полностью соответствовать структуре статьи и кратко отражать её основное содержание. Также дается перевод названия статьи, аннотации и ключевых слов на английский язык.

Список литературы и ссылки на источники оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления». Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на языках с латинской графикой указывается после литературы на русском языке или языках, использующих кириллицу. В источнике должны быть представлены все авторы независимо от их числа.

Библиографические описания русскоязычных источников должны содержать транслитерацию оригинального русского названия и его перевод на английский язык. Транслитерация может делаться при помощи сайта <http://www.translit.ru> с выбором системы транслитерации BSI. Для публикаций на языках, использующих латинскую графику, английский перевод не делается. По просьбе авторов редакция высылает более подробную инструкцию по оформлению списка литературы с конкретными примерами.

Представление статей в редакцию. Представление статьи в редакцию в электронном виде или бумажном виде сопровождается приложением следующих документов, образцы которых можно получить в редакции или на сайте издания:

1) личного письма-заявления автора (одного из авторов) или официального направления учреждения, в котором выполнена работа. Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде;

2) самой статьи, на первой странице которой имеются подписи всех авторов с расшифровкой. Статья может быть подписана одним из авто-

ров, который берет на себя ответственность и ставит подпись с расшифровкой и припиской «Согласовано со всеми авторами». Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде (только первая страница с подписями);

3) анкеты автора (анкет авторов), содержащей необходимую для публикации или переписки информацию о статье и ее авторах. Оформляется по специальной форме и отсылается в редакцию в формате Word в электронном виде.

Условия публикации статьи. Все рукописи, поступающие в редакцию, проходят рецензирование. После получения рецензий и ответов автора редакция принимает решение о публикации или отклонении статьи. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин.

***Notes for contributors in English can be found at:
<http://vppc.chuvsu.ru>.***

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2015
Т. 11, № 4

Редактор *Г.Ф. Губанова*
Технический редактор *Н.Н. Иванова*

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре)
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-60903 от 02.03.2015 г.

Сдано в набор 01.12.15. Подписано в печать 21.12.15. Выход в свет 25.12.15.
Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 9,42. Уч.-изд. л. 9,87.
Тираж 100 экз. Заказ № 1467. Свободная цена.

428015, Чебоксары, Московский просп., 15
Типография Чувашского университета