
АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.Л. Николаев

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Литература

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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