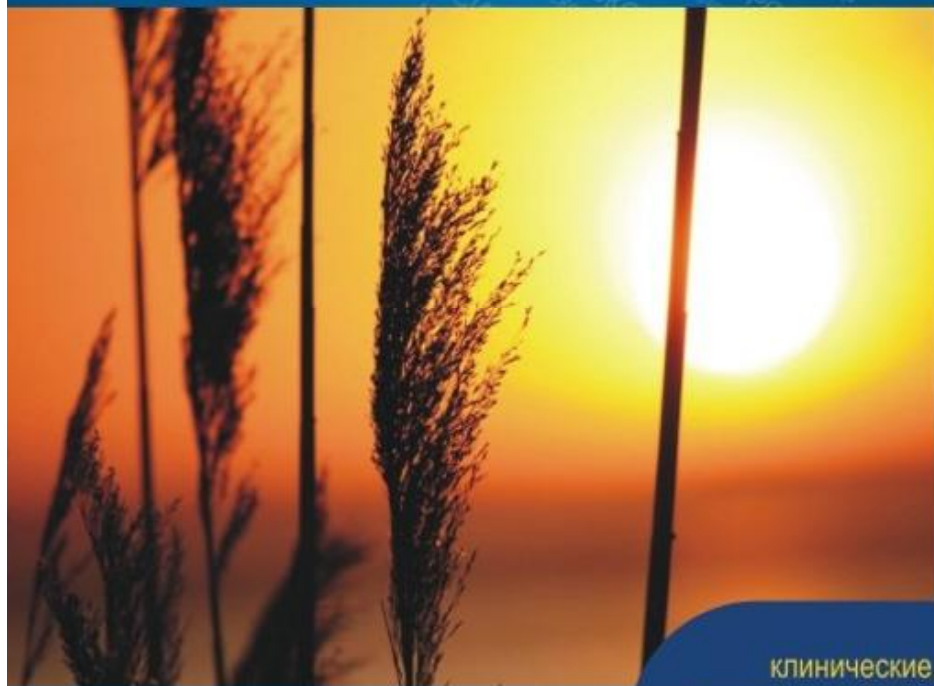


Е.Л. Николаев
Ю.В. Игнатьев
Д.М. Мухамадиев

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ КУЛЬТУР



клинические,
психологические и
социальные реалии

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Е.Л. Николаев Ю.В. Игнатъев Д.М. Мухамадиев

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ КУЛЬТУР

клинические, психологические и социальные реалии

Чебоксары
Санкт-Петербург
2013

УДК 616.89.+316:616.89
ББК Р64+С561.6
Н63

Рецензенты:

Н. Агазаде – д-р мед. наук, профессор (Баку, Азербайджан)
А.М. Карпов – д-р мед. наук, профессор (Казань, Россия)
Л.Н. Юрѳева – д-р мед. наук, профессор (Днепропетровск, Украина)

Научный редактор:

д-р мед. наук, профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, главный психиатр эксперт Росздравнадзора
Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, Россия)

*Печатается по решению Ученого совета
Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова*

Николаев Е.Л.

Н63 Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии / Е.Л. Николаев, Ю.В. Игнатъев, Д.М. Мухамадиев. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 378 с.

ISBN 978-5-7677-1761-3

Монография является результатом международного сотрудничества ученых в сфере изучения актуальных проблем психического здоровья населения государств евразийского пространства, которые тесно взаимосвязаны с современными социокультурными процессами. Работа выполнена на материале исследований, проведенных на территории России, Казахстана, Таджикистана на основе примордиального, конструктивистского и инструментального этнологических подходов.

Для специалистов в области психического здоровья, научных работников, организаторов здравоохранения, всех интересующихся данной проблемой.

ISBN 978-5-7677-1761-3

УДК 616.89.+316:616.89
ББК Р64+С561.6.
© Издательство Чувашского университета, 2013
© Николаев Е.Л., Игнатъев Ю.В., Мухамадиев Д.М., 2013

Введение

Идея создания данной книги родилась у авторов после завершения каждым работы над собственным крупным исследованием по проблемам психического здоровья, проводившимся на территории России, Казахстана и Таджикистана. Народы и культуры этих государств имеют довольно продолжительную историю соседства, а затем и совместного развития в составе единого государства. За многие десятилетия между ними возникло не только общее политическое и социально-экономическое пространство. Все эти годы происходило неустанное взаимовлияние и совместное развитие далеких и близких культур с образованием общей социокультурной реальности, которая в данной работе обозначается как «евразийское пространство культур».

Волею судеб вот уже третье десятилетие каждая страна на постсоветском пространстве идет собственным путем, ориентируясь на выбранные ею цели. По-своему решает возникающие перед ней проблемы, доставшиеся от прошлого или рождающиеся в настоящем, в том числе в области охраны психического здоровья населения. И это важно, знать опыт друг друга, анализировать его, использовать на пользу больным и здоровым, формировать новые стратегии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, опирающиеся как на современные научные рекомендации, так и на успешные традиционные практики. Не менее актуально грамотно и обосновано содействовать формированию государственной политики в области охраны здоровья населения.

Замысел представленной на суд читателя работы «вызрел» не один год. Он разбирался при личных встречах, обсуждался в ходе работы международных конгрессов и семинаров, но больше всего – посредством современных электронных средств связи. Глубокий интерес авторов к проблемам взаимосвязи культуры, здоровья и психопатологии воплотился в собственной стратегии исследования. С современных этнологических позиций эти стратегии могут быть обозначены как примордиальная, конструктивистская и инструментальная. Причем указанные исследовательские дискурсы нисколько не противоречат друг другу. Наоборот, представленные в органической взаимосвязи с целью, задачами, условиями, материалами работы они задают новый

междисциплинарный вектор этнокультурных исследований в психиатрии и психологии, значительно расширяя их возможности.

В данной монографии немало недочетов – мы прекрасно осознаем это. Работу над ее совершенствованием можно было бы продолжить и дальше. Но мы надеемся, что даже в таком виде она заставит читателя задуматься, поразмышлять, задать вопросы себе или авторам, а может и в чем-то поспорить с ними. И если найдется даже несколько неравнодушных людей к поднимаемым в ней проблемам, мы будем считать свою задачу выполненной. Конструктивные комментарии и предложения, пересланные на адрес электронной почты (pzdorovie@bk.ru), будут способствовать продолжению работы над этой темой с учетом корректив, которые внесут неравнодушные коллеги и неумолимое время.

Авторы выражают искреннюю благодарность всем тем, кто на разных этапах прямо или косвенно поддержал саму идею, помог конкретным советом в подготовке материалов и написании данной книги – академику Т.Б. Дмитриевой, профессорам А.В. Голенкову, К.Л. Иммерман, Б.Д. Карвасарскому, А.М. Карпову, В.Н. Краснову, Н.Г. Незнанову, С.А. Нурмагамбетовой, Б.С. Положему, В.Я. Семке, А.Б. Холмогоровой, К.К. Яхину. В большом долгу мы перед научными рецензентами данной работы – именно они дали «зеленый свет» нашему совместному труду, посчитав возможным и необходимым ознакомить с ним широкие круги специалистов. Мы также признательны нашим коллегам – психиатрам, психотерапевтам, наркологам, психологам, сохранившим, несмотря на объективные и субъективные трудности, подлинный профессионализм и истинное человеколюбие, способным проявлять неустанную заботу о здоровье людей, испытывающих большие и малые проблемы в адаптации к такой непростой сегодняшней жизни. Не можем не вспомнить добрым словом и наших учителей – в школе, вузе, науке, самостоятельной жизни, которые оказали огромное позитивное влияние на формирование нас как личностей, профессионалов, исследователей. Конечно же, этот труд просто бы не состоялся, если мы не ощущали постоянное одобрение и поддержку со стороны наших родных и близких, которые самоотверженно мирились с вынужденными ограничениями в процессе нашей работы над книгой и вместе с нами готовились разделить радость от завершения работы над ней. Всем им большое спасибо.

Часть первая

**Психическое здоровье
в глобальных процессах
современности**

*Nihil simper suo statu manet –
ничто не останется в том же
состоянии*

Латинское изречение

Мы живем в эпоху быстро изменяющегося мира. Многие из того, что вчера казалось вечным и неизблемым, сегодня сильно подвергнуто сомнению или уже кануло в лету. На смену ушедшему приходит новое, причем новое не обязательно несет с собой более лучшее. Ярче всего это заметно в области технологий. Не менее глубокие, но не всегда заметные изменения происходят в экономике, политике, социальной и культурной жизни обществ. Эти изменения неминуемо затрагивают сферу личности, семейных отношений, систему ценностей и смысла жизни человека, что не может не отражаться на состоянии его здоровья.

В сегодняшнем мире суммарные возможности укрепления психического здоровья человека значительно возросли. Во многих государствах созданы национальные системы охраны психического здоровья населения, которые включают разветвленную сеть специализированных учреждений и хорошо подготовленных профессионалов. Создаются все новые фармакологические препараты для лечения психических и поведенческих расстройств. Отрабатываются различные модели психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами.

Возросло количество рисков для психического здоровья, которым подвергается каждый житель планеты. Многие из них связаны с нарастанием интенсивности повседневной жизни, а также последствиями стресса – экстремального, военного, профессионального, информационного, миграционного, социального и др. Появление иных рисков связано с прямыми и опосредованными воздействиями современной массовой культуры, которая, формируя внешне «свободного, автономного» человека, по сути наполняет его тревожностью, инфантильностью, высокими притязаниями, конфликтностью, перфекционизмом и другими дезадаптивными качествами (Л.Н. Юрьева, 1998, 2002; Н.Г. Незнанов, К.К. Телия, 2001; С.А. Игумнов, Н.К. Григорьева, 2007; Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, 2009; Н.Г. Гаранян, 2010; С.А. Игумнов, А.П. Гелда, 2010; А.Б. Холмогорова, 2011).

Изменения затрагивают и систему помощи при психических расстройствах. Это отмечают в первую очередь в западноевропейских

странах (N. Sartorius, 2004). Психиатрия, как и вся медицина, постепенно смещается из сферы гуманистической в сферу экономическую. Поэтому неудивительно, что на смену модели «медицинской помощи», предполагающей отдачу без гарантии получения чего-либо взамен, приходит модель «медицинских услуг», основанная на системе эквивалентного рыночного обмена. Сюда же в качестве одного из мерил деятельности вводится понятие экономической эффективности. В рамках такой позиции более дорогостоящие и более эффективные методы лечения нередко замещаются менее эффективными, но более дешевыми.

Дегуманизация психиатрии касается и излишней ориентированности на инструментальные методы обследования, а также многократного увеличения объема нормативных требований к оформлению медицинских документов, что отнимает у врача гораздо больше времени, чем «живое» общение с пациентом. Такой акцент на «формальной» стороне отношений с больным значительно облегчает экономические расчеты затрат на лечение и экспертизу «качества медицинской помощи», но не способствует получению действительного качественного лечения. Не случайно сегодня как никогда громко ставится вопрос о кризисе психиатрии, кризисе, который ярко характеризует психиатрию начала XXI века (Н.Г. Незнанов, П.В. Морозов, И.А. Мартынихин, 2011).

Еще один важный вопрос выходит на повестку дня. Уровень психического здоровья сегодня тесно связан с социально-экономическими показателями. Не в каждой стране и не каждый житель в состоянии воспользоваться возможностями современной психиатрической помощи. Достижения науки и практики фактически не являются общедоступными. Такая ситуация касается не только развивающихся стран, но и некоторых стран Восточной Европы и Центральной Азии (N. Sartorius, 2004). Эти страны с трансформирующейся экономикой оказались в противоречивой ситуации, когда старая система психиатрической помощи по различным причинам снизила свою эффективность, а ее реформирование не всегда сопровождается положительными изменениями. В таких обстоятельствах особый интерес представляет взгляд на общие проблемы психического здоровья с точек зрения различных позиций, что осуществимо только при опоре на междисциплинарный подход в исследованиях.

Глава 1

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В НАЧАЛЕ XXI СТОЛЕТИЯ

Психическое здоровье относится к тем понятиям, которые довольно широко употребляются как в среде профессионалов (медиков, психологов, организаторов здравоохранения), так и вне этой среды – в средствах массовой информации, политиками, учеными, общественными деятелями и многими другими. В определении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывается, что психическое здоровье – это состояние благополучия, при котором индивид реализовывает свои возможности, может преодолевать стрессы повседневной жизни, может продуктивно и плодотворно трудиться и способен вносить вклад в жизнь своего сообщества (WHO, 2005).

Общепринятой точки зрения на этот феномен до сих пор не существует. По сути, психическое здоровье является социальным конструктом, который формируется социумом, культурой, сообществом, каждое из которых имеет свои собственные варианты концептуализации источников происхождения того, что понимается как «психическое здоровье» (К. Weare, 2000). В связи с этим немаловажно прояснить, к каким истокам восходят современные представления о здоровье, которые нашли отражение в многовековой социокультурной практике.

1.1. Психическое здоровье в междисциплинарном контексте интегрального здоровья

Здоровье является одной из всеобщих ценностей в системе мировоззрения каждого человека, независимо от пола, возраста, семейного положения, профессионального уровня, социального статуса, национальной и религиозной принадлежности. Традиционно здоровье и проблемы, связанные с ним, рассматриваются с медико-биологических позиций, что обусловлено повсеместным распространением естественнонаучной концепции здоровья. Применительно к происхождению психических расстройств учитывается роль психосоциальных факторов.

Однако состояние индивидуального и общественного здоровья, степень развития социальных отношений и уровень научных достижений в эпоху глобальных трансформационных процессов диктуют не-

обходимость расширения привычного понимания категории «здоровье». Этот подход предусматривает комплексный междисциплинарный характер изучения проблем здоровья человека с позиций как естественных, так и гуманитарных наук.

Непреодолимое значение здоровья для человека отражено в культуре каждого народа. Само понятие «здоровье» имеет древнее происхождение во многих языках, независимо от культурной дистанции между ними. Доказательством служит удивительная фонетическая близость его звучания в родственных языках. Так, у славян русскому «*здоровый, здоров*» соответствует украинское – *здоровий*, болгарское – *здрав*, сербохорватское – *здрāv, zdrāva*, словенское – *zdrāv, zdrāva*, чешское и словацкое – *zdravý*, польское – *zdrowy*. По мнению известного лингвиста М. Фасмера, все эти слова, скорее всего, восходят к праславянскому *sydorvъ* со значением «из хорошего дерева». Подтверждения такому происхождению ученые находят в древнеиндийском, авестийском, греческом, готском, немецком языках (М. Фасмер, 1986).

Тюркская группа языков (казахский, татарский, чувашский, якутский и др.) имеет схожую картину. Например, чувашскому понятию *сыв, сывă* (здоровый) легко находят соответствия в татарском и киргизском – *сау* (здоровый, трезвый), башкирском – *һау* (здоровый, невредимый, здравый), алтайском – *суу* (здоровый, трезвый), шорском, хакасском, крымско-татарском – *саг* (здоровый, нетронутый, трезвый).

Параллели прослеживаются и в финно-угорской языковой группе. Чувашское слово *сывлăх* (здоровье) близко по происхождению с горномарийским обозначением того же понятия *шулык* (М.Р. Федотов, 1996).

В классическом труде В. Даля «Толковый словарь великорусского языка», сконцентрировавшем в себе вековую народную мудрость, понятию «*здоровье*» или «*здравие*» дается следующая характеристика: «... состояние животного тела (или растения), когда все жизненные отправления идут в полном порядке, отсутствие недуга, болезни». В качестве синонима характеристики человека, обладающего здоровьем, приводятся следующие определения: *здравый, рассудительный, трезвый*, что является свидетельством отсутствия традиции разделения здоровья телесного и здоровья душевного в рассматриваемых культурах.

Определяя значение «*боли, болезни*» через «... самое чувство, телесное страдание», В. Даль приводит внушительный список синонимов, который свидетельствует о потребности народа в более тщательной квалификации состояний нездоровья: *болезнь, хворь, хвороба*,

хворость, недужина, недуг, немочь, немощь, немогута, скорбь (телесная), хиль, боля (В. Даль, 1989).

Богатая характеристика болезненных состояний содержится и в словарях тюркских народов. Чувашское обозначение болезни *чир* имеет несколько производных форм: *чирле* – хворать, болеть; *чирлĕ* – больной, хворый, болезненный, нездоровый; *чирлешке* – хилый, болезненный. Соответствия корню общего происхождения имеются и в других тюркских языках: татарском – *чир* (прыщ, чирей; болезнь, хворь, недуг), башкирском – *сир* (болезнь, недуг, хворь), татарском – *чирлэ*, башкирском – *сирлэ* (хворать, болеть, заболеть), киргизском – *шер* (долголетняя, старая болезнь; упадок сил после болезни), азербайджанском – *чэрлэмэк* (чахнуть, быть доведенным до отчаяния, быть измученным).

Соответствия определяются также в группе финно-угорских языков: горномарийском – *чер*, луговом марийском – *цер* (болезнь), удмуртском – *чер* (зараза, дурная болезнь) (М.Р. Федотов, 1996), что является результатом многовекового тесного взаимодействия культур на евразийском пространстве.

Этимологический анализ понятий, проведенный на базе языков некоторых этнических групп Евразии, показывает, что первоосновы восприятия здоровья у народов евразийского культурного пространства общие. Традиционная народная культура формирует целостное восприятие феномена здоровья без разделения его на соматическую и психическую составляющие. Здоровье является универсальной и целостной категорией, сохраняющей большое значение для человека и общества на протяжении многих веков исторического развития.

С научной точки зрения, здоровье представляет собой сложный и неоднозначный феномен, в определении которого можно выделить множество различных направлений. Среди современных концепций интересны следующие подходы, которые представляют собой далеко не полный перечень.

Н о з о ц е н т р и ч е с к и й подход важнейшим фактором здоровья считает отсутствие болезней или нарушений в деятельности органов и систем. Отражает наиболее распространенные бытовые представления о здоровье, в соответствии с которыми здоровый человек в лечении не нуждается.

Н о р м о ц е н т р и ч е с к и й, при котором здоровье рассматривается с позиций соответствия неким среднестатистическим нормативам условно здорового человека. Данные критерии действуют в отношении и физической, и психической сфер человеческого существования. Важную роль играют формализованные показатели (результаты лабо-

раторных, функциональных исследований, данные психологического тестирования, различная количественная информация).

Холистический подход подчеркивает важность сохранения гармонии между физической и душевной сторонами человека. Считается, что нарушения в одной из этих сфер обязательно отражаются на состоянии другой. Личность, способная поддерживать состояние баланса, гармонии во всех сферах, обладает наибольшим потенциалом здоровья.

Феноменологический подход в оценке человеческого здоровья опирается на сугубо индивидуальную картину человеческого бытия, которая может быть лишь частично воссоздана в результате глубинного понимания личности конкретного человека. Основную роль играет уникальный опыт существования личности, оцениваемый только в системе ее собственных мироощущений.

Духовно-ценностный подход определяет здоровье в тесной связи с высшими ценностями человека и его духовной зрелостью. Любые болезни и нарушения здоровья интерпретируются как нарушения нравственного порядка, требующие коренного пересмотра жизненных ориентиров во взаимоотношениях с окружающим миром.

Социокультуральный подход предполагает, что характеристики здоровья относительно и детерминированы специфическими социальными условиями, культуральным контекстом, своеобразием национального образа жизни и мировоззрения (О.С. Васильева, Ф.Р. Филатова, 2001).

Многомерную сущность понятия «здоровье» невозможно понять и оценить без знакомства с принципом выделения уровней его изучения. Системный взгляд позволяет определить биологический (организменный) уровень, характеристикой которого является динамическое равновесие всех внутренних органов и систем в условиях адекватного реагирования на влияние окружающей среды.

Следующим уровнем является психологический, связанный с учетом психических свойств и структуры личности. Выделение социального уровня весьма условно, так как он неразрывно связан с психологическим в силу включенности личности в систему общественных отношений.

Таким образом, наиболее очерченными уровнями здоровья часто выступают только два: здоровье соматическое и здоровье психическое. Последнее нередко отождествляется с психологическим здоровьем и наоборот.

Известная размытость содержания понятий психического и психологического здоровья удачно преодолена А.Л. Катковым (А.Л. Кат-

ков, 1999). Им введена категория интегрального здоровья, определяемого как «фундаментальная способность человека к активному улучшению собственных свойств через улучшение свойств окружающей среды; к процессу, который, являясь сутью устойчивого, гармоничного развития, обеспечивает высокое качество жизни каждого индивидуума и общества в целом». Соответственно выделяются три уровня поддержания здоровья, являющегося цельной динамической характеристикой.

Определение соматического (телесного) здоровья через способность присутствия в мире как объекта, обеспечивающего энергетику психических процессов, направленно расставляет ориентиры, передавая движущую силу физического существования организма с уровня протекания физиологических процессов на уровень реализации высших психических функций.

Целенаправленное разделение здоровья психического и здоровья психологического позволяет глубже исследовать глубины психических процессов, определить новые смыслы здоровьесберегающего поведения, что носит в настоящее время актуальный характер. Так, под психическим (душевым) здоровьем подразумевается способность индивида к осознанию себя в качестве субъекта, взаимодействующего с окружающим миром. Показателем здоровья здесь выступает адекватность самовосприятия и восприятия личностью собственного окружения. Психологическое (духовное) здоровье, в отличие от психического, рассматривается, как способность личности критически осмысливать и генерировать информацию, необходимую для осуществления собственного пути в микро- и макросреде.

Описанный принцип структурирования трех уровней интегрального здоровья представляется нам оправданным в силу возможности выделения фактора критического мышления, столь необходимого для жизни в современном обществе. В то же время, для сохранения терминологического единства понятия собственно психического и собственно психологического здоровья в данной монографии условно объединены в более привычную для восприятия категорию «психического здоровья» расширенного толкования. При подобном подходе к психическому здоровью одинаково значимыми остаются характеристики, отражающие как параметры душевного, так и духовного состояния личности в их взаимосвязи и взаимодействии с социальными и культурными факторами. Данные взгляды близки к официальной позиции, которую реализовывает в мировом масштабе ВОЗ.

1.2. Политика Всемирной организации здравоохранения в области охраны психического здоровья

Целенаправленную политику в области охраны психического здоровья в глобальном масштабе в течение более чем полувека проводит Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ – это специальное агентство Организации Объединённых Наций, которое создано в 1948 г. для решения международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира. Задачами ВОЗ являются: предоставление международных рекомендаций в области здравоохранения, установление стандартов здравоохранения, сотрудничество с правительствами стран в области усиления национальных программ здравоохранения, разработка и передача соответствующих технологий, информации и стандартов здравоохранения.

Психическое здоровье рассматривается ВОЗ как неотъемлемая часть общего здоровья, понимаемого, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ, 2007). Миссия ВОЗ в области психического здоровья обозначена в уменьшении бремени, связанного с психическими и неврологическими расстройствами, включая расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также пропаганде психического здоровья в мире (ВОЗ, 2005).

ВОЗ предлагаются следующие пути для построения единой системы охраны психического здоровья:

- обеспечение лечения психических расстройств на этапе первичной медицинской помощи;
- обеспечение более широкой доступности основных психотропных препаратов;
- обеспечение оказания помощи в общине;
- обучение общественности;
- вовлечение сообщества, семьи, потребителей;
- введение национальной политики, программы и законодательства в области психического здоровья;
- развитие трудовых ресурсов;
- поддержание связи с другими секторами;
- осуществление мониторинга психического здоровья в общине;
- поддержка релевантных исследований (ВОЗ, 2001).

Успехи общественного здравоохранения и укрепления здоровья в области профилактики инфекционных и сердечно-сосудистых заболеваний ВОЗ предлагает распространить и на сферу психического здоро-

вья. Сделать это можно через создание подходящих условий окружающей среды и жизненных условий, способствующих принятию и поддержанию здорового образа жизни (ВОЗ, 2007).

ВОЗ признает, что важными факторами влияния на психическое здоровье являются негативные социально-экономические условия и окружающая среда. Большую роль играют высокий уровень нищеты за счет низкого уровня образования, плохих жилищных условий, низких доходов, безработицы. Пагубное влияние оказывают долгосрочные неблагоприятные социально-экономические условия, как у отдельных людей, так и для общин в целом (ВОЗ, 2007).

Механизмами ухудшения состояния психического здоровья в такой ситуации ВОЗ считает такие факторы, как чувство незащищенности и безнадежности, быстрые социальные перемены, а также риск насилия и плохое состояние физического здоровья. Вообще, нахождение в неблагоприятных условиях является фактором риска возникновения психических расстройств. Напротив, атмосфера, в которой реализовываются основные гражданские, политические, культурные и социально-экономические права личности, с позиции ВОЗ способствует укреплению психического здоровья на индивидуальном и общественном уровнях (ВОЗ, 2007).

ВОЗ предлагает национальным правительствам решать проблемы укрепления психического здоровья населения комплексно через государственные и частные программы по улучшению образования, труда, правосудия, транспорта, окружающей среды, жилищного строительства, быта и непосредственно здравоохранения. Особое значение здесь придается роли лиц, ответственных за принятие таких решений. Их воздействие может иметь как позитивный, так и негативный эффект. Также необходимо задействовать все сектора для поддержки и оценки проводимой деятельности (ВОЗ, 2007).

Осознавая высокочатратный характер профилактических программ по укреплению психического здоровья, ВОЗ обращает внимание на эффективные по стоимости мероприятия для различных популяций. Они включают в себя мероприятия в раннем детстве, поддержку детей, предоставление социально-экономических возможностей женщинам, социальную поддержку популяций пожилых людей, программы для уязвимых групп, включая меньшинства, коренные народности, мигрантов и людей, пострадавших во время конфликтов и стихийных бедствий, деятельность по укреплению психического здоровья в школах, мероприятия по охране психического здоровья на работе, политика по решению жилищных проблем, программы по развитию общин (ВОЗ, 2007).

В 2003 г. экспертами ВОЗ разработан Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья (ВОЗ, 2003), который охватывает его ключевые проблемы. Данные документы позволяют правительствам разработать необходимую политику, обеспечить планирование деятельности служб, финансировать эти службы, улучшить качество действующей системы оказания помощи, пропагандировать важность психического здоровья и выработать соответствующее законодательство.

Так, в области *политики здравоохранения* обозначены практические шаги, охватывающие вопросы формирования политики, разработки плана охраны психического здоровья, программы в области охраны психического здоровья, реализации политики, планов и программ. Обозначены особенности *финансирования* охраны психического здоровья и через выделение его отдельных этапов. Представлены подробные рекомендации по разработке *законодательства* в области психического здоровья. Новым понятием является *пропаганда* актуальности охраны психического здоровья. Его появление обусловлено стремлением противостоять стигматизации и дискриминации, расширять права лиц с психическими расстройствами. *Качество охраны психического здоровья* позволяет определить, повышается ли вероятность достижения оптимального психического здоровья с помощью предоставляемых услуг и соответствуют ли последние требованиям научно обоснованного подхода в медицине. При *организации* служб охраны психического здоровья ВОЗ рекомендует интегрировать службы психического здоровья в систему общего здравоохранения; создавать и развивать формальные и неформальные службы охраны психического здоровья по месту жительства; продвигать и осуществлять деинституционализацию. *Планирование и бюджетирование услуг* в области психического здоровья позволяет создать четкую и рациональную модель планирования для проведения анализа потребностей населения на местах в психиатрической помощи и формирования системы оказания услуг (ВОЗ, 2001).

Таким образом, можно сказать, что основные усилия ВОЗ по созданию системы охраны психического здоровья в глобальном масштабе нацелены на мобилизацию многосекторальных действий государственного, местного и общественного уровней для создания условий по укреплению психического здоровья человека на протяжении всей жизни – с момента рождения до зрелости и старости. Особую роль здесь играют факторы культуры.

1.3. Основные культурологические категории анализа

Говоря об основных культурологических категориях, используемых в психологии и психиатрии, необходимо дать определение самому феномену культуры. Категория культуры относится к фундаментальным понятиям большинства гуманитарных наук, что отражает ее контекстуальное и содержательное многообразие. На сегодняшний день насчитывается более 500 различных определений этого феномена. Анализируя известные дефиниции, американские культурные антропологи А. Кroeber и К. Kluckhohn (1952) разделили их на шесть классов:

1. Описательные определения, интерпретирующие культуру как сумму всех видов человеческой деятельности, обычаев, верований.

2. Исторические определения, которые связывают культуру с традициями и социальным наследием общества.

3. Нормативные определения, рассматривающие культуру как совокупность норм и правил, организующих человеческое поведение.

4. Психологические определения, в соответствии с которыми культура представляет собой совокупность форм приобретенного поведения, возникающего в результате приспособления и культурной адаптации человека к окружающим условиям жизни.

5. Структурные определения, представляющие культуру в виде различного рода моделей или единой системы взаимосвязанных феноменов.

6. Генетические определения, основывающиеся на понимании культуры как результате адаптации человеческих групп к среде своего обитания.

На основании изложенных определений авторы пришли к выводу, что «...культура состоит из выраженных и скрытых схем мышления и поведения, являющихся специфическим, обособляющим достижением человеческих общностей, воплощенных в символах, при помощи которых они воспринимаются и передаются от человека к человеку и от поколения к поколению. Сюда необходимо включить также и те достижения, которые проявляются в созданных культурным обществом материальных благах. Ядром любой культуры являются идеи... и особенно ценности, передающиеся при помощи традиций. Культурные системы могут рассматриваться, с одной стороны, как результат совершенных действий, с другой стороны, как одна из основ действия в будущем» (А. Кroeber, К. Kluckhohn, 1952).

Важнейшими категориями любой культуры являются культурные ценности и нормы (нравы, традиции, обычаи, обряды, и законы), а также религия.

Согласно К. Kluckhohn et. F. Strodtbeck (1961), культурные ценности представляют собой «сложные, определенным образом сгруппированные принципы, придающие стройность и направленность разнообразным мотивам человеческого мышления и деятельности в ходе решения общих человеческих проблем». Изучение культурных ценностей является одним из актуальных направлений в современной этнопсихологии, а наиболее значительные достижения в этой области были сделаны в рамках долгосрочного международного проекта, руководимого Ш. Шварцом. Объясняя основную роль культуры как формирование универсальных требований человеческого существования, израильский психолог постулирует обязательное содержание всех ценностей в любой культуре. К таковым, по мнению ученого, относятся: биологические потребности, потребности в социальном взаимодействии, выживании и функционировании в группе. В то же время очевидно, что для каждого общества характерны свои ценностные иерархии, а некоторые ценности актуальны только для определенных культур. Осознание собственных культурных ценностей обычно происходит при встрече с представителями других культур. Нередко эти ситуации сопровождаются интенсивными чувствами, такими как растерянность, раздражение, обида, стыд.

Правила, регулирующие распределение ценностей и разнообразные отношения между людьми, известны под названием культурных норм. Наиболее распространенными регуляторами поведения являются нравы – моральные оценки допустимости тех или иных форм, как собственного поведения, так и поведения прочих индивидов (например, правила поведения во время приема еды, приветствия, прощания и т.д.). По своей сути нравы представляют собой весьма динамичные, подвижные образования и предназначены для регулирования текущих событий и поступков. Вследствие этого несоблюдение нравов обычно предполагает меньшую ответственность, чем нарушение прочих культурных норм.

Значительно более влиятельным видом культурных регуляторов являются обычаи – общепринятые образцы действий, предписывающие правила поведения для представителей одной культуры (свадебный, погребальный обряды, и пр.). Обычаи изначально возникали как устойчивые формы поведения, обеспечивающие культурную стабильность, вследствие чего в них было заинтересовано все общество. Характерными чертами обычаев является их относительная неподверженность изменениям, а также строгое соответствие конкретной ситуации. Следует отметить, что, на первый взгляд, одинаковые обычаи

могут содержать значительные семантические различия в различных культурах.

Следующим, в социальном отношении еще более строгим видом культурных норм являются традиции – исторически сложившиеся, рациональные и многократно повторяемые формы социальной организации, регуляции и коммуникации. В отличие от обычаев, традиции направлены на использование таких стереотипов поведения, соблюдение которых является необходимым условием социальной жизни каждого индивида. Исходя из этого, заведомо исключается элемент мотивации поведения. Традиции должны выполняться автоматически, поскольку «так принято», «так поступали наши предки».

Если нравы, обычаи и традиции представляют социально желаемые и одобряемые формы поведения, то характерной особенностью права является его облигаторный характер. Данный регулятор человеческого поведения выражает совместный договор людей о правилах поведения во всех сферах общественной жизни и санкционируется государством. Исторически первым прообразом права явились запреты (табу). Как на Западе, так и в восточных странах право расценивается как основа социальной жизни, символ и гарант справедливости, объект уважения и почитания. Вместе с тем существуют и достаточно четкие культурные различия. Христианство никогда не стремилось создать «христианское право», руководствуясь максимой: «Богу – Богово, а кесарю – кесарево». Исходя из этого, разработка светских правовых кодексов принципиально не задевала христианской религии. Но в странах ислама существование светского права, независимого от норм шариата, невозможно (В.Д. Курганская, 2004).

Феномен религии представляет особую и наиболее трудную для определения культурологическую категорию. Поскольку в задачи нашего рассмотрения не входит всестороннее освещение этого необычайно богатого и многообразного феномена, мы ограничимся выделением только его психологических составляющих. Согласно В.Г. Крысько (2004) главными психологическими компонентами любой религии являются ее мировоззренческая и поведенческая направленность, наличие групп верующих и конфессиональной исключительности, вера в священные образы и понятия, выраженные в религиозных канонах, а также совокупность определенных культовых действий и ритуалов. Влияние религии на культуру неоспоримо. По мнению немецкого социолога Макса Вебера, поведение людей в обществе может быть понято лишь тогда, когда поняты и проанализированы их религиозные догмы, а также толкование и интерпретации этих догм.

Выделив и обозначив основные категории культурологического анализа, переходим к рассмотрению самой аналитической процедуры. По мнению J. Straub et. A. Thomas (2003), главным объектом исследования в современной культурной психологии являются отношения между культурой и субъектом. Приняв за предпосылку эту взаимосвязь, приходится установить, что культура является в равной степени как условием и контекстом любой активности и психической структуры, так и продуктом действия. Концептуализация этих взаимоотношений дает возможность для оформления и развития отдельных направлений в культурологии. В настоящее время в гуманитарных науках известны две теоретические установки для проведения культурного анализа, а именно: *etic*- и *emic*-подходы (табл. 1).

Таблица 1

Особенности исследовательских подходов в культурологии

Категория	Подход	
	<i>etic</i> -подход	<i>emic</i> -подход
Объект и цель исследования	Изучаются две или несколько культур. Целью исследования является установление межкультурных сходств и различий	Изучается только одна культура. Целью изучения является понимание этой культуры
Единицы анализа	Используются единицы анализа и сравнения, принятые за «свободные от культурного влияния»	Используются специфичные для культуры единицы анализа и термины носителей культуры
Позиция исследователя	Установка на дистанцию, позиция внешнего наблюдения	Установка на «погружение», все элементы культуры изучаются с точки зрения ее участника
Принципы и структура исследования	Исследование проводится на основании предварительно принятой гипотезы, структура изучения и категории для его описания заданы заранее	Гипотезы создаются в ходе исследования, структура изучения раскрывается непосредственно во взаимодействии с элементами культуры

Указанные подходы явились теоретическими основами для развития самостоятельных дисциплин: сравнительно-культурной психологии и психологической антропологии (Т.Г. Стефаненко, 2003).

В сравнительно-культурной, или кросскультурной психологии и психиатрии, базирующихся на *etic*-

подходе, объектом исследования являются причинно-следственные связи (корреляционные соотношения) между переменными, понимаемыми в качестве случайных и логически независимых факторов. В большинстве сравнительных психологических исследованиях эти культурные условия рассматриваются исключительно как вторичные, промежуточные факторы. Так, например, может быть изучено их влияние на отношения между индивидуальными переменными (свойства, ценности) и образом поведения. Таким образом, речь здесь идет преимущественно об углублении «традиционных» психологических или психиатрических интерпретаций. Ведущими методами изучения являются естественно-научный и номотетически-экспериментальный. Будучи хорошо разработанными, принципы сравнительно-культурной психологии широко используются в современной науке и являются основой для исследований в настоящей монографии.

Интерпретирующая культурная психология и психиатрия содержат в своей основе эмпирический подход. Соответственно этому, главный объект изучения представляют систематические связи между психологическими переменными, т.е. внутренним миром человека, и этнокультурными переменными на уровне этнической общности. Последние понимаются как «внутренние», герменевтические смысловые взаимоотношения в едином символически опосредованном опыте. «Культура возникает при этом как интегральная составная часть субъекта, его структурируемых смыслом и значениями мышления, чувствования и образа действий» (J. Straub, A. Thomas, 2003). Представители данного направления занимаются культурными особенностями принципов действий. Они заинтересованы в установлении различий и ориентированы не на подтверждение, а на открытие теорий. Ведущими методами является герменевтический и структуралистский.

Наряду со сравнительным и интерпретирующим подходами в последние годы заметное развитие получила так называемая индигенная (местная) психология и психиатрия (E. Wohlfart, M. Zaumseil, 2006). Принципы этого направления гетерогенны и отражают реакцию на претендующий на универсальность импорт евроамериканской психологии и психопатологических категорий в страны третьего мира. Типичным примером указанной ситуации может быть «Глоссарий культурно-зависимых синдромов» DSM-IV, редуцирующий культуру до уровня экзотики и постулирующий западную психиатрию как «культурно-независимый» конструкт. Так, только этноцентристской установкой издателей может быть объяснено отсутствие в разделах культурно-обусловленных синдромов диагноза нервной

анорексии, достоверно чаще встречающегося в западноевропейских странах (E. Wohlfart, M. Zaumseil, 2006).

Таким образом, различные виды ценностей, норм и религий являются неотъемлемым атрибутом любой культуры и пронизывают все сферы человеческого существования. Выполняя сходную регулятивную функцию, нравы, обычаи, традиции, право и религия могут значительно различаться по своему семантическому значению в условиях разных культур. Методологическую базу для анализа этих культурных категорий в рамках *etic*- и *emic*-подходов предоставляют сравнительно-культурная и интерпретирующая психологии. Важнейшим и вместе с тем наиболее сложным объектом анализа является соотношение психопатологии и культуры.

1.4. Взаимосвязи психопатологии и культуры

Наращение внимания к культурным различиям – яркая и характерная черта современной психологии и психиатрии. В основе данного интереса лежит большой фактический материал, накопленный еще со времен знаменитых путешествий Э. Крепелина на о. Яву и Суматру, а также бурный всплеск этнического самосознания, происшедший на рубеже тысячелетий. Малоизвестные ранее «амок», «лата» или «болошэн» заняли прочные места в лексиконе психиатров, и на сегодняшний день авторы практически каждого солидного руководства по психиатрии считают неоспоримым долгом представить в своих книгах соответствующий раздел. Сходным образом обстоят дела и в психологии. Наряду с давно известными психодинамическим, поведенческим и экзистенциальным подходами появились представления о «четвертой силе в психотерапии», под которой подразумевается мультикультурное консультирование (P. Pedersen, W.J. Lonner, J.G. Draguns, 1976; P. Pedersen, A. Ivey, 1993) или кросс-культурная когнитивная терапия (D. Epstein, M. White, K. Murray, 1992, M. Korman, 1973; P. Мак Маллин, 2001). На фоне всеобщего научного интереса к культурно-специфической психологии и психопатологии обращает внимание преимущественная ориентация исследователей на эмпирический и описательный подходы. Между тем само культурное своеобразие вопроса дает возможность для глубокого анализа и философских интерпретаций.

Одним из первых ученых, предложивших развернутое решение проблемы, явился З. Фрейд (1856-1939). По мнению основателя психоанализа, роль культуры заключается в наложении на индивида запретов, сдерживающих проявления его природных желаний и страстей.

Вследствие этого возникает противоречие между бессознательными сексуальными влечениями, берущими свое начало из «Оно», и морально-этическими императивами, исходящими из «Сверх-Я» или внешнего окружения индивида. Поэтому «каждый человек на деле является противником культуры, и это в то время, когда, казалось бы, она имеет общечеловеческое значение» (З. Фрейд, 1999).

Будучи чужеродным образованием, культура обуславливает возникновение конфликтных ситуаций, способных перерасти в психические расстройства: «Наши культурные требования делают жизнь слишком тяжелой для большинства человеческих организмов; эти требования способствуют отстранению от действительности и возникновению невротозов, причем слишком большим вытеснением вовсе еще не достигается какой-либо чрезвычайно большой выигрыш в культурном отношении» (З. Фрейд, 1980). Вместе с тем, благодаря сублимации сексуальных влечений происходит создание высших духовных ценностей и эстетических произведений и, в конечном счете, – обогащение культуры. Этот процесс расценивался основателем психоанализа как позитивное явление, представляющее оптимальный способ разрешения конфликтов и устранения болезненных симптомов. Таким образом, культура рассматривалась Фрейдом одновременно то как средство подавления «человеческого естества», источник возникновения психической патологии, то как стимул творчества и исцеления от внутренних конфликтов.

Двойственность подобных представлений о культуре не ускользнула уже от современников основателя психоанализа. В данной связи бывший ученик Фрейда А. Адлер остроумно заметил, что на вопрос, откуда появляется культура, психоанализ дает ответ – от вытеснения, тогда как на вопрос, откуда берется вытеснение, ответ гласит – от культуры. Для того чтобы выйти из этого порочного круга, основатель психоанализа обосновал представление о второй базальной детерминанте деятельности человека – «инстинкте смерти». Именно одновременным сосуществованием Эроса и Танатоса, как считал Фрейд, может быть объяснена неоднозначность культуры. В то время как деструктивный компонент призван осуществлять подавление бессознательных влечений индивида, задачей эротической составляющей культуры является развертывание творческого потенциала. Сообразно этому развитие человечества «должно представлять борьбу между Эросом и Смертью, инстинктом жизни и инстинктом разрушения» (З. Фрейд, 1980).

Перейдя от индивидуального уровня решения проблемы на социологический, основатель психоанализа задался вопросом о типоло-

гии существующих культур. По мнению З. Фрейда, как индивидуальные, так и «коллективные» неврозы могут особенно легко возникать на почве «невротических культур». В качестве важнейшего признака последних ученый рассматривал значительное рассогласование между свойственными обществу моральными требованиями и ценностями и установками индивида. Соответственно этому возможны также «здоровые культуры», характеризующиеся гармоническими отношениями индивида и общества.

С принципиально иных позиций подошел к решению проблемы ближайший ученик основателя психоанализа *К.Г. Юнг* (1875-1961). В отличие от З.Фрейда, швейцарский психиатр обнаруживал большее знакомство с западной культурой, не говоря уже о даосизме и буддизме. Непосредственным толчком к осмыслению роли культуры в происхождении психопатологии послужила, однако, клиническая практика. Занимаясь лечением шизофрении, Юнг обнаружил такие психопатологические феномены, существование которых не могло быть объяснено детскими сексуальными переживаниями индивида и, следовательно, не соответствовало фрейдским представлениям о сексуальной детерминации человеческого поведения.

Критикуя пансексуализм Фрейда, швейцарский психиатр предлагает свое понимание бессознательного. По мнению Юнга, инстинкты человека имеют не столько биологическую, сколько символическую природу. Структурной единицей бессознательного являются «архетипы» – определенные схемы, априорно формирующие мир человеческих представлений и обладающие особой для человеческой психики силой внушения.

Необходимо отметить отличие подобной трактовки бессознательного от теорий Фрейда. Юнговские архетипы представляют собой не индивидуальные, но накапливаемые в течение всей многотысячелетней истории человеческого рода образования. Обладая мощным суггестивным потенциалом, архетипы являются глубинной основой любой культуры. Вся эстетическая деятельность выступает как продукт внушения, где творец является медиумом, открывающим в сомнабулическом опыте некие внеличные схемы. Но архетипы возникают и в болезненных переживаниях психически больных, формируя бредовые идеи и галлюцинаторные образы. «Архетип есть символическая формула, которая повсюду вступает в функцию там, где или не имеются сознательные понятия, или таковые по внутренним или внешним основаниям вообще невозможны» (К.Г. Юнг, 2001).

Важнейшей задачей развития личности является постижение скрытого символического значения архетипов, их расшифровка, что

возможно в процессе индивидуации. Концепция индивидуации предполагает самореализацию духовных творческих сил и является ключевой для постижения места и роли человека в современной культуре. По мнению Юнга, любая задержка индивидуации существующими общественными нормами наносит ущерб индивидуальной жизнедеятельности и может вести к психическому расстройству. Исходя из этого, необходимо создание таких условий социального бытия, при которых процесс самореализации личности протекал бы естественно и свободно.

Крупнейшим представителем неопрейдизма, вплотную занимающимся проблемами психопатологии и культуры, стала *К. Хорни* (1885-1953). Интерес к социокультурным детерминантам психических расстройств возник у нее после переезда из Германии в Америку в 1932 г. Столкнувшись в психотерапевтической практике с новыми картинками неврозов, отличными от тех, которые она наблюдала в Европе, исследовательница пришла к выводу, что разгадка этого феномена лежит в различии культур. Следует отметить, что формирование взглядов Хорни на происхождение неврозов происходило на фоне новейших открытий культурных антропологов – Б. Малиновского, Р. Бенедикта, Р. Линтона и М. Мид. Учитывая последние достижения этнологии и опираясь на собственный клинический опыт, К. Хорни создала оригинальное направление культурно ориентированного психоанализа.

В отличие от представителей классического психоаналитического подхода, исследовательница считала, что внутренние конфликты присутствуют не только невротикам, но и любому человеку. Вместе с тем, если для нормального внутреннего конфликта типична его осознанность индивидом, невротический конфликт всегда бессознателен. В поисках причины внутриличностных конфликтов Хорни концентрируется на противоречиях потребностей отдельных индивидов и возможностей их удовлетворения в отдельной культуре. Таким образом ею были выделены потребности, направленные к людям, против людей и от людей, соответствующие «уступчивому», «агрессивному» и «отстраненному» типам невротической личности.

Анализируя негативную и позитивную ценность данных типов, исследовательница подчеркивала, что все они приобретают невротическую окраску только в условиях определенной культуры. Особенно опасной в этом плане является ситуация крушения старых и возникновения новых ценностей, возможность одновременного сосуществования альтернативных стилей жизни. Подобные условия существенно затрудняют выбор ценностных ориентиров и создают благоприятную

почву для внутриличностных конфликтов. Исцеление от невроза, равно как и самореализация здорового индивида, представляет, по мнению Хорни, ступенчатый процесс: от раскрытия культурной конфликтной ситуации – к осознанию межличностного конфликта и далее – к пониманию основного конфликта в самом себе.

Говоря о проблеме взаимосвязей психопатологии и культуры, нельзя не отметить большой вклад, внесенный французским мыслителем *М. Фуко* (1926-1984). Являясь достаточно одиозной фигурой на современном философском горизонте, М. Фуко представляется еще более неоднозначным в области медицины. Расхожим шаблоном является восприятие его как «эпохального противника» психиатрии. Вместе с тем, «никто другой не смог бы лучше посодействовать пересмотру многих обветшавших принципов этого консервативнейшего общественного института, а история медицины, которая бы игнорировала Фуко, не вправе восприниматься всерьез» (Ю.С. Савенко, 2001). Не являясь психиатром, французский философ всегда живо интересовался клинической проблематикой, что нашло отражение во многих его трудах.

Для нашего рассмотрения особую важность представляет работа «История безумия в классическую эпоху» (1961, 1972), так как именно в ней была исследована связь между культурой и психическими расстройствами. Основой книги явился анализ восприятия феномена безумия в европейской культуре XVII – XIX вв. Исследуя различные формы опыта безумия – институт изоляции умалишенных, юридические акты, медицинские трактаты, литературные образы и народные суеверия, – автор рассматривает формирование современных понятий «сумасшествие» и «душевная болезнь», складывающихся из характерного для классической эпохи культурного контекста.

На обширном историческом материале французским мыслителем была наглядно продемонстрирована культурно обусловленная эволюция взглядов на психическую болезнь. Как философа М. Фуко интересовали в первую очередь не внутренний мир и переживания психических больных, но их отражение в представлениях современной культуры. «Мне всегда казалось, – цитирует Фуко Киприана, героя повести Э.-Т.-А. Гофмана, – что в тех случаях, где природа уклоняется от правильного пути, мы легче можем проникнуть в ее страшные тайны, и я нередко замечал, что несмотря на ужас, который овладевал мною иной раз при таком занятии, я выносил из него взгляды и выводы, ободрявшие и побуждавшие мой дух к высшей деятельности».

Основываясь на многочисленных исторических фактах, мыслитель показал, что, начиная с XIX в., современная культура невольно и неосознанно создала такой образ психической болезни, в который

можно вглядываться в поисках разгадки собственной антропологической сущности, ибо психическая болезнь понимается как проявление этой скрытой сущности. Данный образ лежит в основе представлений о психической болезни не только в искусстве и философии, но и, как утверждает мыслитель, в основе проблем и концепций современной психиатрии.

Аргументируя высказанный тезис, М. Фуко приводит ряд современных мифов о безумии, характерной чертой которых является их антиномичность. Так, частым представлением о сумасшествии является сравнение его с разновидностью детства, а безумца – с ребенком, что вызывает ассоциации о «человеке играющем» (Й. Хейзинга). «Насколько искусство направлять сумасшедших сродни искусству воспитывать молодежь!» – восклицал Пинель». (М. Фуко, 1997). Но с другой стороны, безумец показывает, «до чего может довести жизнь в обществе, все то, что удаляет людей от первобытной природы. ...Безумие приходит, когда мир начинает стареть; и каждый из ликов безумия, сменявших друг друга с течением времени, являет собой форму и истину этой порчи, наступающей мир» (М. Фуко, 1997). Данная позиция, также характерная для современной М.Фуко антропологии, обнаруживает явную близость к культурологическим размышлениям О. Шпенглера.

Анализируя эти и прочие представления о безумии, философ демонстрирует аналогичные антиномии и в научной психиатрии: «Все то, что составляло неоднозначный, *основополагающий* и *конститутивный опыт* безумия, скоро будет утрачено в сплетении *теоретических конфликтов*, связанных с проблемами *истолкования* различных феноменов безумия. В конфликте между исторической, социологической, релятивистской концепцией безумия (Эскироль, Мишеа) и анализом структурального типа, рассматривающим душевную болезнь как инволюцию, дегенерацию, постепенное сползание к нулевой отметке человеческой природы (Морель); в конфликте между спиритуалистской теорией безумия, в которой оно определяется как искаженное отношение духа к самому себе (Лангерманн, Хайнрот) и материализмом, пытающимся закрепить безумие в дифференцированном пространстве органики (Шпурцхайм, Бруссе); в конфликте между обязательной медицинской оценкой безумия, при которой невменяемость безумца измеряется степенью детерминированности действовавших в нем механизмов, и непосредственным суждением о бессмысленности и сумасбродстве его поведения (полемика между Элиасом Реньо и Марком); в конфликте между концепцией гуманной терапии в духе Эскироля и применением знаменитых “нравственных лекарств”, превращающих пребывание в психиатрической больнице в главный способ

подчинения и подавления больного (Гислен и Лёре)» (М. Фуко, 1997). Двойственность подобных представлений о безумии в западноевропейской культуре и науке отражает, по мнению французского философа, судорожную попытку современного сознания найти свой истинный лик, обозначить свою человеческую сущность.

Оценивая антропологические представления М. Фуко о безумии, современные исследователи (З.А. Сокулер, 1997) выделяют три характерные для французского мыслителя установки. Во-первых, философ постоянно подчеркивает связь истины безумия с телом, а через безумие – связь с телом истины дурных инстинктов человека. Второй специфичный момент представляет несовместимость этой истины тела с общественными нормами и моральными требованиями. Наконец, важным обстоятельством является тот факт, что излечение психически больного становится делом разума другого лица, а истина человека – через посредство безумия и тела – становится объектом научного исследования и управления. Эта власть представляет, по мнению М. Фуко, постоянно действующий и стремящийся к максимальной эффективности механизм всеобъемлющего контроля.

Стремление к власти над жизнью, являясь, по мнению философа, характерной чертой западноевропейского общества, реализуется в двух направлениях. Во-первых – это дрессировка, использование сил и способностей человека, увеличение его привлекательности и управляемости (вспомним культурно-специфичный синдром нервной анорексии). Второе направление представляет власть над телом биологического вида – биополитика популяции, контроль над рождаемостью и смертью, продолжительностью жизни и т.п. Следует отметить, что проблема власти понимается мыслителем не в психологическом аспекте, как то было свойственно представителям психоанализа, а исключительно в социологическом и культурологическом ключе.

Таким образом, взаимосвязь психопатологии и культуры неоднократно исследовалась зарубежными мыслителями, предлагавшими различные пути решения вопроса. Являясь неотъемлемым атрибутом человеческой жизни, культура обуславливает проявление как универсальных, так и культурно-специфических расстройств. Для адекватного понимания и терапии культурно-специфической патологии важно всестороннее изучение отражения культуры в психическом пространстве индивида, анализ культурных ценностей и характерных для данного общества антропологических представлений.

Оценивая в целом междисциплинарные проблемы психического здоровья в наступившем столетии, важно отметить, что и в обществе и в научных кругах формируется осознанное отношение к тому, что

психическое здоровье является одной из важнейших детерминант благополучия человека и всего общества. Это обуславливает жизненную важность постановки на уровне правительства вопросов о принятии конкретных программ по укреплению национальных систем охраны психического здоровья.

В то же время конструктивному решению данных проблем явно не способствует искусственное выделение проблем психического здоровья из контекста общего здоровья отдельного человека и всего общества. Пропаганда здорового образа жизни должна органично интегрировать в себе и направления деятельности по наиболее злободневным проблемам психического здоровья регионально и глобального значения. Любая профилактическая и терапевтическая работа будет малоэффективна без учета влияния на психическое здоровье факторов культуры, что возможно только при опоре на международный и исторический опыт, накопленный культурологией и этнологией, преломляющийся в плоскости актуальных проблем самого общества.

Различный уровень социально-экономического развития стран и регионов выводит на передний план проблемы взаимосвязи психического состояния общества с уровнем жизни населения, состоянием окружающей среды, полнотой реализации прав личности. Особую значимость проблемы психического здоровья приобретают для обществ, население которых в течение последних десятилетий стало свидетелем резкого перехода от одной социально-экономической системы к другой, во многих случаях сопровождавшегося выраженной негативной динамикой уровня жизни и здоровья населения. Наиболее масштабные трансформации подобного рода на исходе XX в. происходили на обширных территориях евразийского пространства и непосредственно затронули жителей Восточной Европы, Балкан, Кавказа, Центральной Азии, Сибири и Дальнего Востока.

Проблемы психического здоровья населения Евразийского социокультурного региона могут носить не только всеобщий универсальный характер, но и быть примером взаимосвязи с определенными культурно-историческими, биолого-географическими, политико-экономическими факторами, что и является предметом дальнейшего рассмотрения.

ЕВРАЗИЙСКОЕ ПРОСТРАНСТВО: КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ КОЛЛИЗИИ

Евразия представляет собой самый крупный массив суши на Земле. По многим другим географическим параметрам к ней также применима категория «самый». Справедливо предположить, что положение и масштабы евразийского пространства не могли не стать одними из множества условий, определивших особенности развития природы и человечества на этой части земной суши. Действительно, органично связанная с другими материками Евразия тем не менее имеет свою историческую судьбу, свое неповторимое культурное лицо, оказавшие влияние на судьбы всего мира.

В 1904 г. британский географ профессор Оксфордского университета Х.Дж. Маккиндер в своей работе «Географическая ось истории» вводит понятие «Сердцевинной земли», или «Хартленда» (Heartland), отдельно выделяя северо-восточную часть Евразийского континента, в общих чертах соответствующую на тот момент территории Российской империи. Понятию «хартленда», лишь упомянутому в той работе, позднее суждено сменить концепцию «оси истории», которая согласно его работе ограничивается внутренней дугой из Западной Европы, Ближнего и Среднего Востока, Индокитая и внешней дугой из Америки, Африки, Австралии, Океании и Японии (Н.Дж. Маккиндер, 1904).

Окончание Первой мировой войны укрепляет Х.Дж. Маккиндера в его уверенности в значимости Евразии в мире, и расклад сил на планете ему представляется таким образом: кто контролирует Восточную Европу, тот командует Хартлендом; кто контролирует Хартленд, тот командует Мировым островом (Евразией и Африкой); кто контролирует Мировой остров, тот командует миром (Н.Дж. Маккиндер, 1942).

Позднее геополитические взгляды Х.Дж. Маккиндера претерпевают изменение. В самый разгар Второй мировой войны в дополнение к Хартленду он вводит новую ось – Америку (Н.Дж. Маккиндер, 1943), предвосхищая таким образом становление двухполюсного мира в форме противостояния СССР и США и их союзников.

Иную точку зрения на роль Евразии в мировой истории и культуре представляет американский ученый Дж. Даймонд. В 1997 г. владеющий дюжиной языков и знакомый со многими культурами он выпускает книгу «Пушки, микробы, сталь: судьбы человеческих обществ» (J. Diamond, 1997). В ней на основе анализа исторических событий и данных экологии, археологии, генетики и лингвистики он объ-

ясняет причины установления в различные периоды развития человечества «евразийской гегемонии». Технологическое и политическое отставание одних человеческих обществ от других, по его мнению, вовсе не отражает их расовых или культурных различий. Данный разрыв он больше связывает с различиями, относящимися к окружающей среде, которые усиливаются по принципу положительной обратной связи. Именно благодаря уникальной географии Евразийского континента его жители получили неоспоримое преимущество над жителями других континентов, что позволило первым не только доминировать над другими, но и завоевывать их – такова основная мысль автора.

Оценивая дискуссионный характер теорий Х.Дж. Маккиндера и Дж. Даймонда, мы все же считаем важным при анализе проблем психического здоровья человека непременно принимать во внимание географическую, историческую, культурную, духовную и иные составляющие общей специфики территории проживания населения.

2.1. Географическая и историко-культурная характеристика евразийского пространства

На сегодняшний день существует довольно обширная научная литература по различным вопросам географии и истории стран и частей света, входящих в состав Евразии. Масштаб и содержание настоящей монографии ориентируют нас на изучение Евразии как целостного внутренне взаимосвязанного социокультурного пространства, подтверждение чему находится и в географическом положении континента и в различных этапах его исторического развития. Именно поэтому в данном разделе мы останавливаемся лишь на узловых моментах, которые связывают воедино географическую специфику Евразии с ее уникальным культурно-историческим наследием.

Евразия расположена преимущественно в восточном и северном полушариях. Будучи отдельным материком, она занимает десятую часть всей поверхности Земли (10,6%) и более трети поверхности суши (36%). При этом на ее территории проживает более двух третей всего человечества (71%). Именно здесь расположены страны с самой высокой численностью населения, лидирующее положение среди которых занимает Китай и Индия. В то же время в Евразии расположены самые большие и маленькие по территории государства мира – Россия и Ватикан.

Евразия является единственным континентом, который омывается водами четырех океанов (Северного Ледовитого, Атлантического,

Индийского и Тихого), в которые впадает густая сеть рек. В Евразии – крупнейшая система внутреннего речного стока в бессточные озера (Балхаш, Лобнор), в озера-моря (Аральское и Каспийское) или в пустыни, где реки просто исчезают (Ю.К. Ефремов, 1977).

Самая северная и самая восточная материковые точки находятся в России, самая южная – в Малайзии, самая западная – в Португалии. Около двух третей территории Евразии занимают горные цепи и плоскогорья. Здесь расположена высочайшая горная система – Гималаи, и самая высокая вершина планеты – гора Джомолунгма (Эверест). Северные и некоторые горные районы континента являются свидетелями древнего оледенения. На сегодняшний день около 11 млн кв. км (преимущественно в Сибири) заняты территорией вечной мерзлоты, что значительно осложняет условия для проживания в этих регионах.

Климат Евразии характеризуется большим разнообразием, что связано с ее огромными размерами. Здесь наблюдаются значительные широтные различия между климатическими поясами. Во внутренних районах материка широко распространены континентальные типы климата с резкими колебаниями температуры. В западноевропейской части Евразии заметно влияние на климат океана и морских течений, что способствует поддержанию положительных зимних температур. В северную часть Евразии на большую глубину легко проникает холодный арктический воздух. Здесь в зимнее время характерны крайне низкие температуры (Ю.К. Ефремов, 1977).

Евразия состоит из двух *частей света* – Европы и Азии, природной границы между которыми практически не существует. Может быть, поэтому граница между Европой и Азией до сих пор является предметом множества споров, которые связаны не только с географическими понятиями, но нередко носят и политический характер. Исторический раздел между частями света по суше еще с XVIII в. проводится по Уральскому хребту, рекам Урал, Эмба, Кума и Маныч, Кума-Манычской впадине. Естественные водные границы проходят по Средиземному, Эгейскому, Мраморному, Черному и части Каспийского морей, проливам Босфор и Дарданеллы. Непрерывность суши создает условия для единства климатических процессов и тесных взаимовлияний в природной и социальной средах обитания человека.

Своим *названием* Евразия обязана австрийскому геологу Э. Зюсу, который в 1883 г. впервые употребил этот термин. Что же касается происхождения отдельных слов «Европа» и «Азия», составляющих единое понятие «Евразия», то они восходят к мифологии античной Греции и происходят от ассирийских слов: эреб – запад и асу – восток.

На протяжении многих столетий Евразия играла определяющую роль в человеческой истории. Одними из наиболее древних очагов зарождения *цивилизации* считают Месопотамию, Индию и Китай. В европейской части к таким местам относят северное Средиземноморье. Здесь наибольшего расцвета достигли Древняя Греция и Древний Рим. Несмотря на значительные расстояния между этими регионами, они развивались в определенной взаимосвязи.

Блестящим примером такой многовековой межкультурной взаимосвязи был *Великий шелковый путь* – караванная дорога общей протяженностью более 6 тыс. км, которая в древности и средние века соединяла по суше Китай, Индию, Центральную и Малую Азию, Причерноморье и страны Средиземноморья. По этому маршруту, первоначально предназначавшемуся для экспорта из Китая шелка, перевозились дорогие ткани, мускус, благовония, пряности, драгоценности, другие товары роскоши. Помимо этого, благодаря Великому шелковому пути шел интенсивный культурный обмен знаниями, идеями, технологиями (шелк, бумага, порох), философскими и религиозными представлениями о мире. Торговля по маршруту Великого шелкового пути была важным фактором развития цивилизаций на территории Китая, Индии, Египта, Персии, Центральной Азии, Аравии, Рима (D. Waugh, 2007).

Закат Римской империи в V в. н.э. и начало распространения исламского влияния в мире в VII в. н.э. способствовали тому, что практически вся торговля по маршруту Великого шелкового пути сконцентрировалась в руках мусульманских купцов. Монгольская экспансия на Евразийском континенте в XIII-XIV вв. вернула относительную политическую стабильность в регионе и возродила Великий шелковый путь как единое целое. Создание обширнейшей континентальной Монгольской империи укрепило ее региональные политические центры в Северном Китае, Центральной Монголии, Центральной Азии, Северном Иране, на Волге, в Крыму и Малой Азии, знаменуя собой политическое и культурное единение ранее разрозненных территорий (F. Wood, 2002). Примерно в это же время после путешествия венецианского купца Марко Поло произошло знакомство европейцев с культурой Китая и сопредельных с ним народов.

Последовавший позднее распад Монгольской империи сопровождался хозяйственным и культурным разделением объединенных ранее территорий, что вело и к упадку торговли вокруг Великого шелкового пути. Жители Европы, лишившиеся привычных товаров с Востока, стали искать новые, теперь уже морские пути торговли с Китаем и Индией, что впоследствии привело к открытию Х. Колумбом Амери-

канского континента, лучшему исследованию морских путей вокруг Африки, в Азии, дальнейшему открытию Австралийского континента. Таким образом, Евразия наряду с Африкой стала рассматриваться как «Старый свет».

Важным условием для исторического развития Евразии был феномен *кочевничества*, который был распространен на обширных пространствах континента, занимаемых евразийской степью. Кочевниками были этнически разнородные группы племен, населявших степные районы Центральной Азии, Монголии и Восточной Европы. Они принадлежали к индоевропейской, алтайской и уральской языковым группам. Кочевникам удалось одомашнить дикую лошадь и построить свое хозяйство на подвижном скотоводстве, что позволяло им легко осваивать новые территории (Е. Hildinger, 2001). В течение столетий вооруженным набегами кочевников подвергался Китай, что заставило его отгородиться с севера специально построенной стеной (Великая китайская стена). Европа с римских времен познала несколько волн нашествия кочевников с востока. В античные времена это были киммерийцы, массагеты, скифы, сарматы. В эпоху Великого переселения народов (IV-VII вв. н.э.) в Европу вторглись племена аланов, аваров, готов, гуннов, др. В Средние века Европа переживала натиск булгаров, хазар, печенегов, кыпчаков, венгров, ногайцев, монголов, турок, других племен (R. Drews, 2004). Части кочевых племен в результате интенсивных интеграционных процессов удалось создать в Европе новые государственные образования или внести весомый вклад в формирование новых этносов (N.N. Kradin, 2002). Кочевничество как образ жизни сохранялось в Евразии и к началу XX в. (казахи, киргизы, туркмены, буряты, балкарцы, карачаевцы, ногайцы, алтайцы в дореволюционной России; монголы, арабы, курды, белуджи и др. народы).

В конце XVIII – начале XIX вв. на другом конце Евразийского континента, в Великобритании, происходили поистине эпохальные события. Кардинальные изменения в сельском хозяйстве, промышленности и транспорте, связанные с *Великой индустриальной революцией*, оказали глубокое воздействие на социально-экономическое и культурное развитие страны. К этому времени Англия уже закончила переход от традиционного общества к рыночному, основанному на принципах частного предпринимательства. Позднее эти изменения широко распространились в Европе, Америке и мире, что стало поворотным пунктом в развитии человечества (R.A. Fullerton, 1988; G. Clark, 2007).

Однако промышленная революция не пришла на пустое место. В это время в Европе уже начал формироваться особый социокультурный феномен, который русским философом А.А. Зиновьевым (2007)

назван «западнизм». Западнизм, по его мнению, является обобщенной характеристикой западных стран, и сегодня часто скрывается за абстрактными понятиями: «демократия», «капитализм», «плюрализм», «открытое общество» и т.п. Как считает А.А. Зиновьев, западную цивилизацию создавали народы с определенным характером и системой ценностей. Их наиболее характерные черты – «практицизм, деловитость, расчетливость, способность к конкурентной борьбе, изобретательность, способность рисковать, холодность, эмоциональная черствость, склонность к индивидуализму, повышенное чувство собственного достоинства, стремление к независимости и успеху в деле, склонность к добросовестности в деле, склонность к публичности и театральности, чувство превосходства над другими, склонность управлять другими, способность к самодисциплине и самоорганизации». Если на первых этапах истории западной цивилизации происходил индивидуальный отбор людей с такими качествами, то после Второй мировой войны такие качества стали целенаправленно формироваться в обществе (А.А. Зиновьев, 2007).

Из Западной Европы западнизм распространился по всему миру и до сегодняшнего дня является средством «вестернизации» стран и народов, которые придерживаются традиционистской идеологии. *Традиционистские* ценности в свою очередь не являются специфическими для Евразии. Схожие принципы мировоззрения наблюдаются и в традиционных обществах Африки, Америки и Австралии. Для них характерны: приоритет традиций, стабильности; жесткая сословная иерархия, устойчивые социальные общности, преобладание коллективизма, авторитарность, поощрение бескорыстия в противовес ориентации на экономическую выгоду и др.

В то же время, в некоторых странах Азии (Китае, Сингапуре, Малайзии, Индонезии, Индии и Японии) в конце XX в. на волне экономического бума возникло близкое по значению понятие «*азиатские ценности*» как противопоставление либеральным ценностям Запада. В силу отсутствия единого определения под ним чаще всего подразумевают: однопартийность в политической системе в противовес многопартийности; ориентиры на социальное согласие и гармонию в обществе; предпочтение гражданским свободам и правам человека – социально-экономического благополучия, материальному достатку индивидуума – благосостояние всего общества; лояльность и уважение ко всем формам власти, включая родителей, учителей и начальников; коллективизм и коммунитаризм вместо индивидуализма; авторитарность руководства, которое имеет как четкие обязанности и ответственность, так и привилегии (К. Mahbubani, 2008).

Существование и развитие близких или разнообразных систем ценностей предопределено не только историей развития общества, но прежде всего спецификой внутри- и межкультурных взаимодействий в пределах конкретной социоисторической территории или региона.

2.2. Евразийский перекресток межкультурных взаимодействий

Евразия является очагом многих культур, что проявляется в большом разнообразии языков, этносов, религий, которые за многие тысячелетия ее истории удивительным образом переплелись и широко распространились по всему миру.

Одной из важнейших категорий культуры является *язык*. На сегодняшний день в Евразии разговаривают на языках, входящих в 21 языковую семью. На некоторых из этих языков говорят не только на самом континенте, но и в мире. К наиболее крупным языковым семьям Евразии относятся: индоевропейская, сино-тибетская, австронезийская, дравидийская, японская, алтайская, австроазиатская, паратайская, корейская, афразийская и уральская семьи.

В Евразии широко распространено дву- и многоязычие, когда в европейской части многие жители, наряду со своим родным языком, используют английский или немецкий, на территории бывшего Советского Союза – русский язык, в Индии и Непале – хинди, в Пакистане – урду, неханьские этносы Китая – китайский язык.

В европейской части континента девять из десяти жителей говорят на языках индоевропейского происхождения, к которым относятся славянские (русский, украинский, польский, чешский, болгарский и др.), романские (французский, испанский, итальянский, румынский и др.), германские (немецкий, голландский, английский, шведский и др.), греческий, кельтские (ирландский, валлийский и др.), албанский, балтийские (литовский, латышский и др.), индоарийские, армянский и иранские языки. Далее идут языки уральской (финны, венгры, эстонцы, карелы и др.) и алтайской (турки, татары, башкиры, чувашы, гагаузы и др.) семей.

В азиатской части континента двое из пяти жителей пользуются языками сино-тибетской семьи (языки Китая), а каждый третий – языками индоевропейской семьи (языки Индии). В России разговаривают на языках 14 языковых семей, более употребляемые из которых – русский, татарский, украинский, башкирский, чеченский и чувашский. В Казахстане в употреблении тюркские (казахский, уйгурский, узбек-

ский), славянские (русский, украинский, польский), германские (немецкий, идиш) языки, корейский и дунгагский языки.

Различие языков сопровождается разнообразием *систем письменности*. Древнейшей в Евразии и в мире является китайская иероглифическая система письма, которая повлияла и на создание собственной письменности в Японии и Корее. На основе древнеиндийской системы письма создана письменность не только для народов Индии, но и сопредельных регионов Южной и Юго-Восточной Азии, Тибета. Арабское письмо повсеместно распространено в странах, где проживают носители арабского языка. В Советском Союзе в послереволюционный период официальной письменностью мусульманских народов также была арабская графика. Сегодня арабской графикой пользуются многие неарабские мусульманские народы (жители Ирана, Пакистана, Афганистана, Малайзии, уйгуры Китая и др.). Генетически близкая к арабской древняя еврейская система письменности обслуживает сегодня различные еврейские языки, относимые к различным языковым семьям, – иврит, идиш, ладино, горско-еврейский и др.

Собственная система письма, возникшая на основе финикийской, с античных времен существуют в Греции. Несмотря на то что в современном мире она используется только греками, она в значительной мере повлияла на возникновение двух других широко распространенных в мире систем – латиницы и кириллицы. Распространившись в средневековой Европе через латинский язык и католицизм, латиница пользуется сегодня широкой популярностью благодаря определяющей роли английского языка в экономической и политической жизни мира. Это стало особо хорошо заметно в конце XX в., когда часть стран бывшего Советского Союза по различным причинам предпочла латиницу кириллице. Среди них республики с традиционно мусульманским населением – Азербайджан, Туркменистан, Узбекистан.

Кириллическая письменность возникла в период христианизации южных и восточных славян и сегодня распространена в странах с большой долей славянского населения – России, Украине, Белоруссии, Болгарии, Сербии, Черногории, Македонии. В России кириллица является основой письменности и для неславянских этносов Поволжья, Кавказа, Урала, Сибири и Дальнего Востока, других регионов. Кириллица как официальная письменная система для неславянских языков широко используется в Казахстане, Таджикистане, Кыргызстане, Монголии.

Греческое письмо наряду с другими письменными системами повлияло на возникновение собственных алфавитов на Кавказе – в Армении и Грузии. Процессы рождения национальных письменностей

здесь были тесно связаны с принятием христианства в IV в. н.э. В первой половине XX в. здесь были непродолжительные периоды перевода на эти системы письменности других народов – абхазов и осетин в Грузии и курдов в Армении.

Из Евразия по континенту, а потом и по миру распространялись различные религиозные системы. Одной из древнейших религий мира является *индуизм*, зародившийся на территории Древней Индии и характеризующийся веротерпимостью и уступчивостью по отношению к другим верованиям. Хотя индуизм объединяет многочисленные традиции и верования, центральной идеей является учение о перевоплощении душ. Индуизм предлагает различные пути духовного освобождения – знания, действия, религиозная любовь и достижения знаний о реальности. Здесь допускаются различные формулировки религиозной истины (Р.М. Грановская, 2004). Большинство последователи индуизма сегодня живут в Индии и Непале, а также в Бангладеше, Пакистане, Шри-Ланке. Во второй половине 20 в. индуизм вышел за рамки Индийского субконтинента и приобрел большое число последователей среди неиндийского населения по всему миру (Л.В. Иванова, 2003).

Зороастризм является древней монотеистической системой. Он был признан государственной религией на территории Древнего Ирана на протяжении многих веков до принятия мусульманства. Основную идею составляет вера в единого Бога и восприятие всей жизни как борьбы и противопоставления двух вечных начал – добра и зла. Высокой целью человека здесь видится восстановление идеала жизни на Земле через союз с Богом в борьбе со злом. В зороастризме к человеку предъявляются самые высокие требования – целомудренность, смелость, скромность и щедрость. Сегодня зороастризм распространен в религиозных общинах парсов Индии и гебров Ирана (Р.М. Грановская, 2004). В России элементы зороастризма отмечены в традиционной философии чувашей (Е.А. Ягафова, 2002).

Буддизм также зародился в Древней Индии. Центральное место в его философии занимает понятие о всеобщей изменчивости, взаимообусловленности и взаимозависимости. Ядром учения являются истины о причинности, непостоянстве элементов, срединности пути и восьмеричном пути. Правильный путь в буддизме – это самоуглубление, ведущее к покою и просветлению духа (Р.М. Грановская, 2004). Легко ассимилируя влияния близких идеологий, буддизм сохранил неизменными свои ключевые положения, превратив заимствования в составные части своего учения. Сегодня буддизм распространен в Китае, Таиланде, Мьянме, Шри-Ланке, Монголии,

Вьетнаме, Корее, Японии, других странах. В России традиционными приверженцами буддизма являются буряты, калмыки и тувинцы (Ф.И. Щербатский, 1998).

Конфуцианство представляет собой в большей степени этико-философское учение, чем особое религиозное течение. Оно возникло в Древнем Китае и, будучи созвучно идеалам его жителей, оказало значительное влияние на духовную, культурную и общественно-политическую жизнь страны. В его основе лежит тема создания идеального общества, что возможно в результате неустанной работы каждого человека над собой. Самоусовершенствование личности здесь представляется возможным через образование и постижение высокой духовной культуры. В такой системе патриархальное государство подобно большой семье. Стержнем конфуцианской этики является почтительность к родителям, почитание старшего, подчинение низшего высшему. Специфика понимания мира в конфуцианстве вела к тому, что в культуре Китая иррациональное начало было отодвинуто на второй план, а на первый план выступила реальная практика (Р.М. Грановская, 2004). Интенсивное влияние конфуцианства на жизнь китайского общества ощущалось вплоть до XX в. (В.С. Кузнецов, 1997). Более того, считается, что воздействие его идеологии на общественно-экономическую жизнь Восточной Азии сравнимо с влиянием протестантизма на формирование капиталистических отношений в Европе.

Иудаизм является первой в историческом масштабе монотеистической религией, которая возникла в Восточном Средиземноморье. Он представляет собой концентрированное воплощение национального и этического мировоззрения еврейского этноса, сохраняющееся на протяжении нескольких тысячелетий.

Иудаизм предполагает более высокий уровень ответственности еврейского народа, с которым Бог правды и справедливости заключил завет и провозгласил необходимые для неукоснительного исполнения заповеди. Избранность еврейского народа состоит в возможности донести до всего человечества божественные истины. Знание здесь становится на место всех культурных стремлений, духовно объединяет общество, дает особую святость и чувство удовлетворения (Р.М. Грановская, 2004). Хотя иудаизм был всегда тесно связан с еврейским народом, в средние века был период, когда иудаизм был принят официальной религией нееврейского государства – Хазарского каганата. Сегодня иудаизм исповедуется основным населением Израиля, в странах Европы, а также по всему миру, где проживают евреи, не перешедшие в другие конфессии (Й. Телушкин, 2009).

Христианство считается наиболее распространенной в мире монотеистической религией, которая имеет свои общины практически в каждой стране. Исторически оно возникло в идейно-религиозном контексте иудаизма. Стержневыми положениями для христианства являются идеи о прирожденной греховности человека и необходимости спасения, искупительной роли Богочеловека Христа, равенстве всех людей перед Богом, вере в воскрешение из мертвых, ожидании второго пришествия Христа, установлении Царства небесного. Христианство изменило отношение человека к Богу. Место страха в душе верующего заменила любовь (Р.М. Грановская, 2004). Сегодня христианство имеет три крупных направления – католичество, православие, протестантизм, и множество более мелких ответвлений, которые различаются в понимании божественности сути Христа до деталей проводимых обрядов.

Ислам является самой молодой монотеистической мировой религией. Он возник в VII в. н.э. на просторах Западной Аравии и основан на вере в единого Бога (Аллаха) и его пророка Мухаммада, совершении пяти обязательных молитв в день, соблюдении ежегодного месячного поста с восхода до заката солнца, совершении как минимум одного паломничества в Мекку, обязательности благотворительности и милостыни по отношению к бедным и неимущим. Ислам был тесно связан с политической системой общества и в различных странах часто выступал в роли консолидирующей силы при обострении социальных противоречий. Нравственная жизнь верующего в исламе строится на основе законов шариата – мусульманского законодательства, вытекающего из священной книги Корана. Шариат представляет собой систему правил поведения и запретов, распространяющихся на личную жизнь, имущество, торговлю, семейные отношения и обряды (Р.М. Грановская, 2004). Сегодня ислам признан официальной или государственной религией более чем в двадцати странах Евразии и Северной Африки.

Несмотря на имеющиеся фундаментальные различия между описанными религиями, зародившимися на евразийском культурном пространстве, имеются общие исторические и философские моменты, которые их объединяют. Неоспорима внутренняя взаимосвязь между индуизмом, буддизмом и конфуцианством. Идеи зороастризма о рае и аде как результате воздаяния заимствованы иудаизмом, христианством и исламом. В свою очередь христианство и ислам генетически восходят к иудаизму. Схожесть и взаимовлияния между зародившимися в Евразии учениями видятся, в частности, в том, что индуизм и зороастризм пытаются создать законченную систему мироздания и опреде-

лить место человека в ней. Идея непротивления злу христианства роднит его с ненасилием буддизма. В то же время в индуизме и буддизме ненасилие распространяется на все живое. В иудаизме и зороастризме наблюдается отождествление чистоты помыслов с внешней физической чистотой (Р.М. Грановская, 2004).

Такие сравнения близости религиозных концепций и языковых систем различных культур и обществ можно продолжать. Однако стоит отметить, что на состояние умов оказывали и оказывают воздействие не только религиозные идеи. В современном обществе не менее популярны идеи о путях социально-экономического или культурно исторического развития общества. Наряду с идеями рынка, демократии, либерализма, с одной стороны, и социализма, коммунизма – с другой, все большую актуальность на евразийском пространстве получает концепция евразийства.

2.3. Культурно-историческая концепция евразийства в прошлом и настоящем

Концепция евразийства имеет гораздо более скромную историю развития по сравнению с историей самой Евразии. При этом различие понятий связано не только с хронологическими периодами истории, но и средой толкования этих понятий.

Так, в англоязычных странах с середины XIX в. *евразийцами* (Eurasians) именуют потомков от этнически смешанных браков европейцев и азиатов. Первоначально это понятие относилось к смешанному англо-индийскому населению Индии, которое образовывало отдельную социально-экономическую группу страны (Н. Ansari, 2004; М.Н. Fisher, 2007). Позднее оно стало распространяться на все этнически смешанное с европейцами население азиатских колоний Испании, Португалии, Нидерландов и Франции. На сегодняшний день наиболее крупные сообщества евразийцев насчитываются на Филиппинах, Шри-Ланке, Сингапуре, Малайзии, Гонконге, Бирме. Будучи знакомыми с обеими культурами, они нередко выступают здесь в роли посредников, служа в полиции, местной администрации и находясь на государственной службе (S. Kaul, 1996).

В российской культуре, в частности в среде русской эмиграции в 20-30 гг. XX в., *евразийством* называлось социокультурное и философское учение, развивавшееся П.Н. Савицким, Г.В. Флоровским, П.П. Сувчинским, Н.С. Трубецким, Н.Н. Алексеевым, В.Н. Ильиным, Л.П. Карсавиным и др. Оценивая события, которые произошли с Рос-

сией и ее народами в начале XX в., они выступали за сохранение целостности Российского государства, будущее которого видели в свободном союзе равноправных евразийских народов, которые бы объединялись общеевразийским самосознанием на основе традиционной русской культуры. Евразийцы считали, что Россия имеет свой собственный путь развития, который отличается от путей развития западной цивилизации. Они протестовали против «романо-германского» космополитизма и призывали переориентироваться с Европы на Восток, вскрывая глубокие культурно-исторические связи России с азиатским и тюркским миром (Н.С. Трубецкой, 1927).

В советский период российской истории данные идеи востребованы не были. Сегодня данный вариант концепции евразийства рассматривается как «классическое евразийство», которое в конце XX столетия благодаря работам историка Л.Н. Гумилева (1989) о климато-географических особенностях этногенеза и суперэтнической целостности приобрело новое звучание и трансформировалось в идеологию, часто называемую «неоевразийством».

На сегодняшней день идеи евразийства в наибольшей степени находят поддержку и развитие в России и Казахстане (Э. Иодковский, 1992; А.С. Панарин, 1995; Дугин А.Г., 2004; С.Ю. Колчигина, 2009; А.Н. Нысанбаев, 2009; Г.Г. Соловьева, 2009). Причем в Казахстане эта политика обозначена на государственном уровне Президентом Н.А. Назарбаевым. В столице республики Астане действует Национальный евразийский университет имени Льва Гумилева. Российское руководство постепенно также переходит на евразийские позиции. Идеи евразийства здесь начинают реализовываться через систему регионального экономического и военно-политического сотрудничества с сопредельными странами (ЕврАзЭС, Таможенный союз, ОДКБ). На фоне неоднозначного отношения различных эшелонов власти к такому сотрудничеству идет интенсивная разработка философской и геополитической составляющих идеи общего евразийского пространства.

В современном понятии евразийства выделяют несколько смыслов (А.Г. Дугин, 2004). В *самом широком смысле (первый уровень)* для понятия евразийства предлагается отождествление со стратегией, которая, признавая объективность процесса глобализации, выступает за качественно иной проект ее практической реализации (альтерглобализация). В качестве альтернативы однополярному миру с единым мировым правительством «атлантической» направленности выдвигается вариант многополярной глобализации. Такая структура мира построена не на модели «центр – периферия», а на союзе государств, ор-

ганизованных в континентальные федерации с большой степенью внутренней автономии. При этом каждая федерация по своей структуре мыслится как многополярное образование со сложной системой административных, культурных, этнических и конфессиональных единиц. В этом случае евразийство декларируется как открытая идейная платформа, свободная от географической привязанности к евразийскому материка и проявляющаяся возможностью свободного выбора развития вне либерально-демократической системы и глобального рынка, которые рассматриваются как «искусственно навязываемые клише».

Согласно *второму уровню* понимания евразийства (континентализм), оно может быть отождествлено с интеграцией материка от Атлантики до Тихого океана как основной части Старого Света в противовес «либерально-демократическим» идеалам Нового Света. Это «проект стратегической, геополитической, экономической интеграции севера евразийского материка», который осмысливается как «колыбель» европейской истории, матрица народов и культур, органично переплетенных между собой. Новый Свет здесь рассматривается как искусственная и механистическая цивилизация. Особое значение придается историческим взаимосвязям народов России с тюркским и монгольским миром, народами Кавказа, другими сопредельными мирами.

Третий уровень евразийства подразумевает образование на планете в меридианальном направлении трех геополитических поясов – Евроафрики, Российско-центральноазиатской и Тихоокеанской (Японско-китайской) зон. Вместе с атлантической зоной (Американский континент) три перечисленных евразийских пояса образуют четыре полюса будущего многополярного мира. Каждая меридианальная зона представляется как состоящая из нескольких «больших пространств», соответствующих государствам или блокам государств, обладающих определенной автономией и самостоятельностью.

Четвертый уровень евразийства видится в российско-азиатском интеграционном процессе с особым акцентом на осях Москва-Дели, Москва-Тегеран, Москва-Анкара и отношениях с Кавказом, Пакистаном и Афганистаном.

Еще один смысл современного евразийства (*пятый уровень*) очень близок тем представлениям, которые существовали в среде первых евразийцев в 20-30 гг. XX в. Речь идет о процессе локальной интеграции постсоветского пространства. Евразийство в этом понятии может быть рассмотрено как «философия интеграции постсоветского пространства на демократической, ненасильственной и добровольной основе без доминирования какой бы то ни было этнической или кон-

фессиональной группы» (А.Г. Дугин, 2004). В таком объединении можно проследить определенную историческую преемственность с древними кочевыми империями, монархической Россией, Советским Союзом. Современным примером эффективной практической реализации такого объединения на евразийском пространстве может быть Европейский Союз.

Идейной основой такого объединения является евразийское мировоззрение, которое представляет собой *шестой уровень* различных, но взаимосвязанных пониманий евразийства. По мнению А.Г. Дугина (2004), философия евразийства исходит из приоритета ценности традиционного общества, признает императив технической и социальной модернизации (без отрыва от культурных корней) и стремится адаптировать свою идейную программу к ситуации постиндустриального, информационного общества, называемого «постмодерном». Близкие взгляды на философию евразийства высказывают и в Казахстане. А.Н. Нысанбаев (2009) так пишет о евразийстве: «Это могучий интегративный потенциал, выяснение давних и прочных экономических и культурных связей евразийских народов, близости их менталитета, системы духовно-нравственных ценностей. Это мысль о том, что Евразия – особая культурно-историческая и экономическая территория, не тождественная ни Востоку, ни Западу со своей цивилизационной миссией и исторической судьбой. Именно в евразийской зоне возможно сочетание основных ценностей восточной культуры, выдержавших испытание временем, и таких западных ценностей, как свобода, личностное развитие и права человека. Евразийская цивилизация подразумевает единство традиции и модернизации, гармонию человека и мира».

В различных регионах России евразийство может наполняться различными смыслами. В Центральной России оно ассоциируется с «державностью» и «патриотизмом», на Северо-Западе страны – с процессом интеграции в Европу, на Кубани – с традиционной казацкой этикой общинности, в Поволжье, на Урале, на Северном Кавказе и Сибири – межнациональным патриотизмом, на Дальнем Востоке – укреплением страны от Балтики до Тихого океана (А.Г. Дугин, 2004).

Отчетливая ориентированность идеологии евразийства на интеграционные процессы вне ключевых принципов западной демократической модели общественного развития, ее консервативный и традиционалистский характер вызывают за рубежом, а также в России и Казахстане не только критику, но и прямые обвинения в национализме, антисемитизме, реваншизме и даже фашизме (В. Шнирельман, 2000; А. Гали, 2004; Н. Pirchner, 2005). Как любая концеп-

ция евразийство не лишено недостатков. За долгие десятилетия своего развития евразийство знало периоды повышенного интереса, игнорирования, забвения и всплеска нового интереса. Сегодня эта концепция интенсивно развивается на территории Евразийского пространства, что не только несет в себе позитивный интеграционный потенциал, но и значительно обогащает существующие научные подходы изучения человека и различных сторон его существования в окружающем мире.

Таким образом, специфика евразийского пространства сегодня определяется системой многоуровневых и многовекторных географических, исторических, культурных, политических и экономических взаимосвязей, которые имеют корни во глубине веков. Это та часть суши, где уже в древние времена возникли цивилизации, влияние которых продолжается и поныне. Евразия является колыбелью наиболее распространенных в нынешнем мире языков и систем письменностей, формирующих сегодня информационное общество в глобальном масштабе. Здесь же зародились идейно-философские учения и религиозные концепции, определяющие многоликую духовную картину современного человечества. Именно в Евразии возникли идеальные условия и предпосылки для бурного промышленного и экономического роста, изменившего привычную жизнь большинства человечества, как в материальном плане, так и в духовном.

При всех его гигантских размерах Евразийский континент не существовал и не существует изолированно. Исторически он был всегда взаимосвязан с соседними регионами, больше – с Северной Африкой, а с конца XV в. – с Америкой. Сама Евразия никогда не была однородной. В ней всегда сосуществовали самые разнообразные, а иногда и противоположные по своему содержанию системы ценностей, взглядов, мировоззрения. И если многие столетия их взаимоотношения никак не проявлялись или были просто нейтральными, то к XX в. их взаимовлияния стали принимать форму определенных противоречий или даже соперничества между Западом и Востоком. С середины XX в. на фоне нарастания мощи Северной Америки за счет США доминирующее влияние Евразии в мире стало ослабевать. Но до сих пор для всей планеты она остается и многовековой колыбелью человеческой истории и культуры, и источником большого потенциала для дальнейшего развития человечества.

Глава 3

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Многочисленные данные, полученные в ходе эпидемиологических исследований в странах Европы и США, показывают, что представления о здоровье только как о продукте системы здравоохранения являются не более чем распространенным общественным мифом (R. Faris, 1999). В ходе работ, проведенных в последние годы в промышленно развитых странах (G.H. Barry, 2003; M. Brown, 2004), происходит постоянное расширение круга социальных факторов, активно влияющих на состояние здоровья. Так, в исследованиях, выполненных в США (S. Goldberg, 2001), установлено, что по показателям социальной сплоченности, коллективной эффективности и стабильности места проживания, оцененных на уровне жилого района, можно с высокой степенью надежности судить об уровне преступности, в том числе, об уровне убийств и других насильственных действий.

Анализ множества научных работ свидетельствует, что изучение значеня социальных факторов, влияющих на общественное психическое здоровье, происходит в основном на контингентах психиатрических пациентов. Принимая во внимание методологическую оправданность указанного подхода, нельзя не отметить его некоторые слабые стороны. Необходимо учитывать, что потребители психиатрических услуг с клинической очерченными психическими и поведенческими расстройствами представляют собой лишь незначительную часть популяции (N. Miller, 2001). Накопление гораздо более распространенных субклинических и пограничных форм психической патологии обычно происходит среди «нормального», не охваченного исследованием населения (С.Б. Семичев, 1987). Изучение клинического значения социальных факторов на материале психиатрических пациентов также обуславливает методологические сложности. Хорошо известно, что одним из характерных признаков психического заболевания является нарушение социального функционирования больного с соответствующими изменениями его социального статуса и оценок социальных влияний. Каузальный анализ возможных социальных причин и следствий заболевания способен оказаться при этом весьма непростой задачей даже для подготовленного специалиста (R. Heim, 1988).

Указанные трудности наиболее очевидно проявляются в сфере этнокультурных исследований психического здоровья. Основным объектом изучения в данной области закономерно становятся «этничность» и «этнос». Между тем, даже для социологии и этнографии, в рамках которых эти понятия впервые получили свое обоснование и развитие, они не являются однозначными.

3.1. Основные этнологические категории анализа

В последние годы многие понятия этнологии, этносоциологии и этнопсихологии широко обсуждаются как в специальной научной литературе, так и на страницах популярных изданий. Важность разработанности данной терминологии для этнокультурных исследований психического здоровья не вызывает сомнений. В этом разделе мы кратко разберем основные термины, поскольку без этого корректное рассмотрение этнокультурных проблем психического здоровья не представляется возможным. Подлежат рассмотрению понятия: этнос, этническое меньшинство, диаспора, эмиграция, депортация населения, беженцы и репатриация.

История понятия этнос берет свое начало с античных времен. В древнегреческом языке этот термин употреблялся в значении «народ», «племя», «род». В научной литературе понятие «этнос» стало использоваться лишь в XIX в. Дальнейшее осмысление этого понятия произошло в 60-90 гг. XX столетия. Обобщая различные взгляды на сущность и природу данного феномена, можно выделить следующие подходы (А.П. Садохин, 2001).

Примордиализм (от англ. primordial – изначальный, исходный). Представителями этого подхода этничность рассматривается как врожденная характеристика индивида, являющаяся результатом ранних этапов эволюции. Ее во всем этнокультурном многообразии разделяет все человечество. В метафорическом отношении она является как бы «первородной», наследуемой по рождению, «кровнородственной». Сторонники примордиализма едины в убеждении, что «осознание групповой принадлежности заключено в генетическом коде и является продуктом ранней человеческой эволюции, когда способность распознавать членов родственной группы была необходима для выживания» (В.А. Тишков, 1997).

Впервые термин «примордиальные связи» ввел в научный оборот в середине XX в. американский социолог Э. Шилз, употребивший его для характеристики внутрисемейных отношений. Однако наиболее распространенная интерпретация примордиального подхода к анализу этничности принадлежит основателю интерпретативной антропологии, американскому антропологу К. Гирцу, который считал, что «в каждом обществе во все времена некоторые привязанности проистекают больше из чувства естественной, некоторые сказали бы – духовной близости, чем из социального взаимодействия» (Б.Е. Винер, 1998). Примордиальное понимание этничности рассматривает ее как систему социально значимых признаков, получаемых или наследуемых при

рождении. Этничность невозможно создать или разрушить искусственно. Она рождается в семье – в первом микромире человека, который защищает новорожденного от различных житейских невзгод и сопровождает его на протяжении всей его жизни. Этнос представляет собой социально-природное образование.

В данном подходе существуют два отдельных направления: *природное*, или *социобиологическое*, и *эволюционно-историческое*. В первом из них этничность понимается как явление, детерминированное генетическими и географическими факторами, а этнос – как биофизическая реальность (П. ван ден Берг, Л.Н. Гумилев). Представители второго направления рассматривают этничность как ведущую характеристику специфических особенностей материальной или духовной культуры. Этнос понимается ими как исторически сложившаяся социальная группа людей, связанная общностью территории, языка, культуры, «а также сознанием своего единства и отличия от других подобных образований» (Ю.В. Бромлей, М.М. Сужиков).

На рубеже 70-80-х гг. XX столетия этнические проблемы стали особенно актуальными в социально-политической жизни многих регионов планеты, что потребовало их нового осмысления и исследования. В результате появился *конструктивистский подход* к объяснению природы этничности, который получил наибольшее распространение в этнологической науке эмигрантских стран (Канада, Австралия). Поворотным событием, определившим рождение нового методического подхода, стала работа норвежского ученого Ф. Барта «Этнические группы и границы», вышедшая в 1969 г.

Согласно конструктивистскому подходу в понимании этничности этническое чувство, порождаемое на основе дифференциации культур, и формируемые в его контексте представления и доктрины – это результат целенаправленно созданных объективированных представлений о социальном мире. Конструктивистский подход уделяет особое внимание роли сознания и языка как ключевого символа, вокруг которого формируется понимание этнического своеобразия.

Этнос в конструктивизме – это общность людей, формирующаяся на основе культурной самоидентификации (самоопределения) по отношению к другим общностям, с которыми он находится в фундаментальных связях. Отличительной особенностью данной концепции этноса и этничности, по сравнению с другими, является не добавление к определению этих понятий новых признаков, а введение в любой подобный перечень элемента «представления об этих признаках». Так, например, признаком этнической общности является не общее происхождение, а представление или миф об общей исторической судьбе

этой общности. Другим признаком будет вера в то, что – это «наша культура», а не сам по себе очерченный культурный облик, который без таковой веры ни о чем не говорит.

В середине 70-х гг. в западной социальной и культурной антропологии широкое распространение получила другая трактовка природы этничности, которая была названа *инструментализмом*. Наиболее видными представителями нового методологического направления стали исследователи проблемы этничности «второго поколения» – Дж. Ротшильд, К. Янг, К. Энлоэ. Инструментализм понимает феномен этничности как своеобразную реакцию группы людей на практические ситуации, в которых такая группа оказывается. В различного рода реальных обстоятельствах этничность становится своеобразным источником ресурсов, к которому обращаются люди, когда других источников оказывается недостаточно для достижения поставленных целей. Этничность мобилизуется (призывается из запаса), когда в ней возникает потребность.

В отличие от примордиального подхода, инструментализм ориентирован не на поиски объективных оснований этничности (инструментализм принимает этнос как данность), а на выявление тех функций, которые выполняются общностью и этносами. Поэтому при выяснении в рамках инструментализма того, каким образом этносы и этничность удовлетворяют потребности индивида, способствуют осуществлению его целей и интересов, не задаются вопросы, существует ли какая-либо объективная основа существования этноса. При инструментализме исходят из положения о том, что раз этносы и этничность существуют, значит они служат определенным целям и конкретным интересам индивида и социальных групп.

Анализ изложенных подходов (Г.В. Малинин, В.Ю. Дунаев, В.Д. Курганская, А.Н. Нысанбаев, 2002) позволяет сделать несколько выводов. Во-первых, этничность и этнос определяются как сложное и многозначное по своей сущности и функциональности явление. Во-вторых, ни один из представленных подходов не может дать полного, исчерпывающего определения этих феноменов. В-третьих, эти концепции не противоречат друг другу, что дает возможность их объединения для целостного познания исследуемого явления

Одной из важнейших дефиниций, используемых в современных социологии и демографии, является понятие *этническое меньшинство*. Обращаясь к истории этого термина, необходимо отметить, что еще в Российской империи для обозначения малых народов, а также некоторых крупных нерусских этносов использовалось слово «инородцы», означавшее принадлежность к другому роду. Данное по-

нятие употреблялось для того, чтобы провести грань между русским и нерусским населением и не несло в себе какого-либо уничижительного значения. После Октябрьской революции, когда возникла потребность в создании нового терминологического аппарата, в практику было введено определение «национальные меньшинства». Следует отметить особое политическое значение этого термина. Так, уже в одном из первых документов советской власти – Декларации прав народов России, принятой 2 ноября 1917 г., существовал раздел, в котором провозглашалось свободное развитие этих этнографически разнородных групп. Их представители рассматривались при этом как равноправные граждане Советского государства. В последующие годы вопрос о национальных меньшинствах всегда поднимался в основных политических документах: Конституции, решениях партсъездов, постановлениях правительства. Критериями для выделения данных этнических групп служили численность представителей, компактность проживания среди инонационального населения, язык, традиции, быт, культура.

Необходимо подчеркнуть, что народы испокон веков проживающие на исторически сложившихся территориях Российского государства не считались национальными меньшинствами, а рассматривались в виде национальных образований – автономных и суверенных республик.

В конце 1930-х гг. в СССР было провозглашено политико-юридическое и фактическое выравнивание всех наций и народностей, создание гарантий этого равенства и обеспечение прав на развитие национальной по форме культуры. В сложившихся условиях термин «национальные меньшинства» уже не мог адекватно отражать ситуацию в национально-этнической сфере и потому был изъят из официального обращения. На смену ему в соответствии с новыми задачами формирования государства пришло понятие «граждане некоренных национальностей», встречающееся, в частности, в документах XXVI съезда КПСС. Сущность данного термина заключалась в признании равных прав во всех сферах общественной жизни как для граждан, давших название форме национально-государственного самоопределения, так и некоренных.

После распада СССР и образования на его пространстве новых независимых государств термин «национальные меньшинства» был вновь введен в политический и научный оборот в адаптированной к сложившимся условиям редакции. В частности прилагательное «национальные» было совершенно правильно изменено на «этнические».

Среди различных формулировок этого нового понятия наиболее содержательным представляется определение этнических меньшинств,

данное Л.М. Дробижевой (1993). К таковым она относит группы, которые «во-первых, численно меньше, чем этническое большинство в государстве, во-вторых, находящиеся в недоминирующем положении, в-третьих, обладающие этнокультурной спецификой и желающие сохранить ее. Они могут быть частью этнонации, проживающей за пределами основной территории самоопределения последней (грузины в России, татары в Сибири, и др.); могут быть группой сохраняющего свою идентичность народа, но разбросанного по многим странам и не имеющего своего государства (цыгане, курды др.); могут быть народом территории внутренней колонизации (эвены, чукчи и др.); наконец, группой обосновавшихся на постоянное место жительства граждан – в прошлом иммигрантов (немцы Поволжья, испанцы в России и т.д.)».

В мировом политическом лексиконе наряду с термином «этническое меньшинство» получило распространение понятие *диаспора*. По международным критериям, *диаспоры* – это этнические группы, которые не имеют права на территориальную автономию, но защищены международными документами от политической и этнокультуральной дискриминации.

К важнейшим факторам, ведущим к формированию компактных групп этнических меньшинств, относится *миграция* – перемещение отдельных лиц или целых групп населения, связанное со сменой постоянного места жительства. В зависимости от направления движения принято выделять внутренние и внешние миграции населения, которые по отношению к стране называются иммиграцией и эмиграцией. *Эмиграция* предполагает выезд из страны в другое государство на постоянное место жительства, как правило, с получением его гражданства. Следует отметить, что миграции населения бывают как добровольными, так и вынужденными и принудительными. В последнем случае принято говорить о *депортации населения* – принудительном перемещении населения с территории по реальным или предполагаемым причинам, таким как военные действия или их угроза, природные катастрофы, ядерные испытания или террористические акты. В бывшем Советском Союзе депортации подвергались как отдельные лица, так и целые народы.

Происшедший в конце XX столетия распад колониальной и коммунистической систем, возникновение новых государств обусловили распространение вынужденной миграции, основным субъектом которой явились *беженцы*. Данным понятием принято обозначать лиц, которые в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследования по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убежде-

ний находятся вне страны своей гражданской принадлежности и не могут пользоваться защитой этой страны или не желают пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных опасений, не могут или не желают вернуться в нее вследствие таких опасений. В случае если возвращение все-таки происходит, принято говорить о р е п а т р и а ц и и – возвращении в страну гражданства, постоянного проживания или происхождения лиц, оказавшихся в силу различных обстоятельств на территории других государств. Следует отметить, что обычно репатриация осуществляется на основе международных договоров.

Таким образом, современная этнология и этнография располагают достаточно развитым понятийным аппаратом, включающим как отдельные дефиниции, так и разработанные подходы. Использование достижений данных дисциплин в научной и практической психологии и психиатрии способствует углубленному анализу полученных результатов и концептуализации этнокультурных исследований.

3.2. Примордиальный подход в этнокультурных исследованиях

До середины XX в. примордиальный подход являлся основным в этнокультурных исследованиях психического здоровья. Главной причиной преобладания этого направления явилась, с одной стороны, недостаточная разработанность других концепций этнологии, с другой – изначальная ориентация исследователей на поиск природно-обусловленных детерминант психического здоровья. Важно отметить, что широкое использование биопсихосоциальной методологии в современной психиатрии не препятствует одновременной ориентации на примордиальный подход. Ведущее значение при квалификации исследования как примордиально-ориентированного имеет интерпретация полученных результатов. О примордиальном подходе в этнокультурном исследовании мы говорим в том случае, когда зафиксированное этническое своеобразие психического здоровья объясняется автором с позиции изначально присущих данному этносу характеристик (психологические особенности, проживание в определенной климатогеографической зоне и др.), а не особенностями его социальных установок или отношений с другими этническими группами.

Для определения специфики примордиальных интерпретаций психического здоровья целесообразно обращение к конкретным ис-

следованиям. Наиболее обширный и доступный материал в этой области предоставляют работы, выполненные в рамках программы «Психическое здоровье народов России» и составившие содержание первой российской монографии по этнокультурной психиатрии (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003), на которую мы в значительной степени опирались при подготовке данного раздела. Главным объектом изучения в указанных работах являлось психическое здоровье малых этнических групп, сравниваемое с психическим здоровьем славянских этносов.

Так, по данным А.М. Бендриковского (2001), проводившего сравнительное изучение славянской и финно-угорской этнических групп в Республике Коми, показатели болезненности пограничными психическими расстройствами среди представителей финно-угорского этноса многократно превышали аналогичные показатели у славянского населения. В качестве выявленного значимого социокультурного фактора развития психической патологии выступило недостаточное владение родным языком с соответствующим изменением осознания своей национальной принадлежности и общим снижением адаптационных возможностей (около половины изученных пациентов считали родным русский или русский и коми языки). Значимой этнокультурной характеристикой исследуемых групп являлось также отношение к религии. Суеверность как фактор, характеризующий незрелость и психологическую уязвимость личности, достоверно преобладала у финно-угорского. Проведенное в рамках исследования сопоставление клинической картины психических расстройств позволило установить также относительное преобладание у больных финно-угорской группы страхов и ухода в мир мистических переживаний.

Более высокий показатель суеверности, страхов и ухода в мир мистических переживаний среди финно-угров является, по мнению автора, свидетельством их изначальной мистической настроенности, психологической неуверенности и внушаемости, актуальности архаических образов и представлений, низкой стрессоустойчивости, predisposing к возникновению пограничных психических расстройств.

У пациентов финно-угорской группы, по сравнению с больными славянской национальности, чаще отмечалось несогласие с новыми принципами жизни, трудности проявления личной инициативы, тяжелое материальное положение и конфликты в семье. Для объяснения данного факта исследователь вновь обращается к культурно обусловленным характеристикам (примордиальная ригидность жизненных установок и сенситивность).

Сходным по методологии и интерпретации полученных результатов является исследование В.Ю. Кочурова (1997), изучавшего пациентов удмуртской (финно-угорская группа) и русской (славянская группа) национальностей. Автором были выявлены отчетливые этнокультурные различия в показателях распространенности депрессивных нарушений, свидетельствующие о более раннем, по сравнению со славянами, возникновении депрессивных нарушений у лиц финно-угорской группы.

Оценка отношений в родительской семье показала патологический характер воспитания у 62% удмуртов и 52% славян. Как и в работе А.М. Бендриковского, преобладающим был авторитарный вариант. Важным фактором, выделенным в данном исследовании, явилось отношение больного к своей национальности. Чувство национальной неполноценности было зарегистрировано у 10% пациентов финно-угорской группы и полностью отсутствовало у пациентов-славян. На основании приведенных наблюдений автор приходит к выводу об этнической предпочтительности психогенных факторов формирования депрессивных расстройств у удмуртского этноса, определяемой им как «повышенная чувствительность, которая ведет к аномальному реагированию на стресс».

Своеобразным дополнением к изучению психологической картины психических расстройств в Удмуртии является исследование Л.Л. Репиной (2004). Автор установила, что удмурты наиболее часто используют чувствительный радикал во внутренней картине болезни, копинг-стратегию «религиозность» в когнитивной сфере, неадаптивные поведенческие и эмоциональные механизмы совладания.

По сведениям И.А. Уварова (2004), этнокультурные различия в клинической картине психических расстройств у удмуртов начинают проявляться уже в подростковом возрасте. Сравнение частоты пограничных психических расстройств в форме патохарактерологического расстройства личности позволило отметить их достоверное преобладание по сравнению с русскими пациентами. Данный феномен объясняется исследователем особенностями национальной психологии удмуртов – робостью, ранимостью, неуверенностью, боязливостью, низкой самооценкой.

Изучая частоту и клиническое своеобразие суицидов среди детей и подростков-удмуртов, А.И. Лазебник (2000) также относит высокую частоту самоубийств на счет этнического фактора, а именно изначально свойственных удмуртам «чувствительных и тревожных черт».

Завершая обзор этнокультурных исследований финно-угорской группы, следует остановиться на данных В.И. Дубравина (2001), изу-

чившего клинико-социальный и этнокультурный аспекты суицидов в Республике Коми. Соотношение показателей распространенности суицидов в финно-угорской и славянской группах выявило отчетливую динамику возрастания случаев самоубийств среди коми. Так, лишь за период с 1992 по 1996 гг. частота суицидов в данной группе возросла в 1,6 раза. Показательно, что распространенность самоубийств среди финно-угров изначально превышала показатели у славян в 1,4–2,3 раза.

Оценивая приведенные результаты, автор объясняет их «более высокой предрасположенностью финно-угров к социальным фобиям» и ссылается на мнение суицидолога М. Gregely, трактующего данную особенность как «непонятную, необъяснимую, почти мистическую тайну».

Наряду с представителями финно-угорской группы, объектом этнокультурных исследований становились и другие этносы. По мнению зарубежных ученых, этническая обусловленность соматизированных депрессивных расстройств особенно часто прослеживается среди представителей восточных культур (С.М. Da Canhota, L. Piterman, 2001). В России аналогичное мнение поддерживают В.Б. Миневич (1995, 1996) и П.И. Сидоров (1994), исследовавшие бурят и малочисленные народы Севера. Данными авторами было установлено, что в культуре бурят даже жалобы на соматическое неблагополучие расцениваются как признак слабости и потому социально нежелательны. По сведениям местных врачей, буряты, в силу своей чрезвычайной выносливости и терпеливости, обращаются за медицинской помощью лишь в крайне тяжелом состоянии. В связи с этим, считает В.Б. Миневич, жалобы депрессивного содержания являются для них культурно ненормативными.

По мнению Б.А. Дашиевой (2004), невроты у бурят практически не распознаются вследствие культурно обусловленной особенности решать внутренние психологические различия без помощи посторонних. С другой стороны, нереализованные эмоциональные потребности, неразрешенные интерперсональные конфликты в условиях жесткого запрета на выражение «слабости» способны проявляться в виде расстройств, имитирующих тяжелые соматические заболевания.

Следует отметить, что в качестве своеобразного примордиального фактора формирования психического здоровья могут быть рассмотрены не только культурные, но и экопатогенные условия. В этом отношении показательна работа О.И. Хвостовой (2002), исследовавшей депрессивные расстройства у алтайцев – представителей тюркской этнической группы. Автор изучала отдельные этнические субпопуляции в зависимости от зоны их проживания. Объектом исследования

явились теленгитский субэтнос, образуемый жителями высокогорья, проживающими в условиях экстремального климата, и субэтнос алтай-кижи, занимающий среднегорье и низкогорье с относительно благоприятным климатом. Проведенный анализ позволил определить высокую распространенность (15,6 на 100 обследованных) депрессивных нарушений у алтайцев. Другим результатом работы явилась установленная автором зависимость болезненности депрессивными расстройствами от зоны проживания. Наиболее высокий уровень был выявлен у обитателей высокогорья (19,4%), средний уровень отмечался у жителей среднегорья (15,3%) и самая низкая болезненность (12,7%) была обнаружена у субэтноса, проживающего в условиях низкогорья. На основании такого распределения исследовательницей был сделан вывод о ведущей роли в распространенности депрессивных расстройств климатогеографических условий.

Изучение закономерностей распространенности психических расстройств среди основных этнических групп в Казахстане (Г.М. Кудьярова, 2000) показало бóльшую уязвимость казахов, по сравнению со славянскими этносами республики. Степень выраженности социальной дезадаптации, развившейся в результате заболевания, связывалась исследовательницей не с принадлежностью к определенной этнической группе, а с экопатогенными факторами. В проявлениях социальной дезадаптации было отмечено большее разнообразие, также обусловленное не этническими характеристиками, а рядом культурных причин.

Одной из наиболее изученных форм социально обусловленной патологии являются психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ. На территории СНГ этнонаркологические исследования активно проводятся в регионах Сибири и Дальнего Востока (В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке, 2001; Г.Ф. Колотилин, 1996; А.Д. Мишкинд, 1992). Интерес к данным областям обусловлен их этнически разнородным составом, а также данными о более высоком уровне потребления спиртного и быстром темпе формирования алкоголизма у малочисленных коренных народов. Данные особенности связываются исследователями с таким биологическим примордиальным фактором, как специфика этанолоксилирующей системы биотрансформации алкоголя, определяющей низкую толерантность к спиртному и развитие измененных форм опьянения у аборигенов (А.Д. Мишкинд, 1992).

Особенный интерес для нашего исследования представляют сведения Е.В. Денисовой (2004) о влиянии этнокультурных факторов на формирование наркотической зависимости в основных этнических

группах населения Казахстана. Автором был выявлен и проанализирован целый ряд патогенных и саногенных факторов развития зависимости у представителей этнических меньшинств. Так, к сдерживающим этнокультурным факторам для русского населения Казахстана относятся соблюдение религиозных, культурных традиций, а также ритуалов, которые определяют регламент употребления алкоголя. Этнокультурные установки, развивающие чувство принадлежности к русскому этносу, снижают шанс вовлечения в наркопотребление. Установки, которые способствуют развитию собственных возможностей и ответственности, уменьшают шанс начала наркопотребления. Для лиц украинской национальности данными этнокультурными установками явились способности развития личной ответственности и собственных возможностей, а также развитие чувства национального самоуважения. Для представителей немецкого этноса уменьшает шанс вовлечения в наркопотребление развитие чувства национальной принадлежности.

Прием алкогольных веществ русским населением по разным поводам без религиозных, этнических и культурных ограничений повышает шанс начала употребления наркотиков. Установки, определяющие ограничение развития собственных возможностей, увеличивают этот шанс. Для украинцев несформированность и ограничение развития собственных возможностей способствует повышению шанса начала наркоупотребления. Обязательным соблюдением ритуала приема психоактивных веществ в период празднования или других событий отличаются маргинальные семьи корейского и русского этносов. Для них установка на употребление психоактивных веществ в период празднования является значимо более интенсивной, по сравнению с семьями наркозависимых других основных этносов.

Существенные различия этнокультурального плана имеют место также со стороны отношения родственников к факту употребления наркотиков их родными. Так, для родственников наркозависимых казахского и татарского этносов характерна поддержка в стремлении к исцелению от зависимости; для немцев и татар – понимание и человеческая поддержка без нравоучений. Если для представителей казахского этноса данное отношение имеет историческую основу, то в немецком и татарском этносах оно сформировано за счет хорошей осведомленности о путях решения проблемы. Среди родственников наркозависимых русского этноса позитивные установки менее характерны, что, по мнению автора, указывает на недостаточно сформированное отношение к этой проблеме и подтверждает данные о сравнительно недавнем знакомстве с наркотическими веществами славянских народов, в частности, украинцев и русских.

Действенными факторами, помогающими преодолеть влечение к употреблению наркотических веществ для всех этнических групп, является занятость, поддержка родных и близких, профессиональная медицинская и психологическая помощь. Для наркозависимых казахского этноса в качестве действенных факторов также выступают занятия спортом, изменение места жительства; для лиц украинского этноса – профессиональная медицинская помощь. Определяя стратегии психотерапевтического вмешательства в работе с «группами риска», автор рекомендует начинать лечение представителей казахского и татарского этноса с ролевых тренингов, сказкотерапии, экзистенциальной терапии, направленных на обращение к своим этническим корням, религиозным традициям, а затем проводить личную терапию по формированию собственной ответственности конструктивного жизненного сценария, а также семейную психотерапию. При проведении психотерапии с представителями немецкого, русского, украинского и корейского этносов следует начинать интервенцию с личной и семейной терапии и лишь потом проводить этнокультурную психотерапию, ориентированную на получение знаний, умений и навыков традиций своего народа с целью выстраивания конструктивного жизненного сценария.

Обобщая собственные наблюдения, автор делает вывод в духе эволюционно-исторического направления примордиализма. По ее мнению, особенности установок, влияющих на наркоупотребление у разных этносов, отражают сроки «знакомства» этноса с психоактивным веществом. Чем раньше этнос «знаком» с наркотиком, тем больше четких, ограничивающих употребление наркотических веществ установок.

Таким образом, примордиальный подход занимает ведущее место в этнокультурных исследованиях психического здоровья, проявляясь в ориентации ученых на выявление «естественных» факторов формирования психического здоровья (специфика психологии этноса, проживание в определенной экопатогенной зоне, особенности метаболизма психоактивных веществ и др.). Будучи хорошо методологически обоснованным, данное направление позволяет вскрыть существенные характеристики этнического своеобразия изучаемой популяции. Вместе с тем культурное многообразие факторов, влияющих на психическое здоровье, делает невозможным их сравнительный анализ и затрудняет перенос результатов, полученных в пределах одного этноса на другой. Своеобразной попыткой решения данной проблемы является конструктивистский подход.

3.3. Конструктивистский подход в этнокультурных исследованиях

Конструктивистская парадигма исследований наиболее распространена в этнологии США и других странах с эмигрантской историей формирования населения. Этнокультурные исследования в рамках данного направления связываются, как правило, с феноменом аккультурации. Понятие аккультурации берет свое начало из антропологии. В конце XIX в. антропологи использовали его при изучении трансформаций и процессов ассимиляции, происходивших в племенах североамериканских индейцев под влиянием культуры белых американцев. В 1936 г. культурантропологами Р. Редфилдом, Р. Линтоном и М. Хресковиц была разработана типовая модель исследования аккультурации. В своей знаменитой работе «Меморандум аккультурации» (R. Redfield, R. Linton, M.J. Herskovits, 1936) они определили данный феномен как «...совокупность явлений, возникающих вследствие того, что группы, принадлежащие разным культурам, вступают в непосредственный и продолжительный контакт, при котором происходят изменения в первоначальных культурных паттернах одного или обоих сообществ». В рамках предложенной модели авторы выделяли группу-реципиента, изначальная культура которой претерпевает изменения, и группу-донора, из культуры которой перенимаются новые образцы и стили поведения.

Этими же учеными были описаны такие варианты аккультурационного процесса, как:

- 1) восприятие, характеризующееся усвоением основной части другой культуры и принятием ее стереотипов и норм;
- 2) адаптация – сочетание самобытных и заимствованных ценностей в гармоничном единстве или сохранение альтернативных установок, проявляющихся в зависимости от специфики ситуации общения;
- 3) реакция – формирование множества различных контр-аккультурационных тенденций.

В начале 1950-х годов было высказано предположение о правомерности распространения понятия аккультурации на мигрантов (Р. Билз, 1997), и с тех пор почти все исследования посвящены исключительно этой тематике. Одновременно началось интенсивное изучение медицинских аспектов аккультурации. Во многих работах (Н.В.М. Murphy, 1955, 1961, 1976, 1973, 1974; E.S. Lee, 1963; A. Stoller, J. Krupinski, 1973; M. Berstein, 1976; E. Havio-Mannila, K. Stenius, 1977; J. Binder, M. Simoes, 1978; G.H. Brown, T. Harris, 1978; A. Furnham,

S. Bochner, 1986; P. Prescott-Clarke, P. Primatesta, 1998) подчеркивалось разнообразие психических нарушений среди эмигрантов. Так, для индийцев и мексиканских американцев была установлена прямая зависимость между длительностью проживания в США и риском развития аффективных расстройств и наркомании (M. Cederblad, B. Hook, M. Irhammar et al., 1999). Сравнительное исследование (P. Prescott-Clarke, P. Primatesta, 1998) местного населения в Швеции и этнических шведов, рожденных за пределами своей страны, выявило большие поведенческие проблемы среди последних. Напротив, ряд других исследований показал отсутствие серьезных психологических проблем среди мигрантов по сравнению с местным населением. В частности, изучение греческих и турецких подростков, проживающих в Германии, Греции и Турции, показало более высокий уровень психического здоровья среди мигрантов (M.M. Fichter, M. Elton, M. Diallina et al., 1998). В Австралии исследование местных жителей и австралийцев – детей эмигрантов также не обнаружило повышенной заболеваемости психическими расстройствами среди последних (S. Klimidis, G. Stuart, I.H. Minas et al., 1994). Результаты одного бразильского исследования (S. Coutinho Eda, N. de Almeida Filho, J. Mazi Jde, L. Rodrigues, 2000) в отношении психической болезненности среди мигрантов в свою очередь не подтвердили положения о высоком риске патологии вследствие культурных перемен.

Соответственно рассмотренным наблюдениям были сформированы две теории, предназначенные для объяснения взаимосвязи между фактом эмиграции и состоянием психического здоровья. Первая из них – теория утраты и страдания (Н.М. Лебедева, 1999) – разрабатывалась в рамках психоаналитического направления. В рамках этой концепции миграция представляет собой опыт утраты (утрата близких людей, социальных связей, социального статуса, имущества и т.д.). Страдание является стрессогенной реакцией на объективно существующую или воображаемую потерю значимого объекта или значимой роли. Вторая теория – теория селективной миграции (S.N. Eisenstadt, 1954; A.R. Hollingsbhad, F.C. Redlich, 1958; H. Haefner, 1980a, 1980b; M. Karno, J.M. Golding, M.A. Burnam, R.L. Hough, J.I. Escobar, K. Wells, R. Boyer, 2001; M.M. Fichter, M. Elton, M. Diallina et al., 1988), была основана на неodarвинистских концепциях, исходящих из принципа естественного отбора. Согласно данному подходу живые организмы, которые лучше приспособлены к окружающей среде, становятся доминирующим типом. Следовательно, лица, «отобранные» для проживания в новой стране, будут более эффективно справляться с возникающими трудностями. К другим традици-

онным теориям относятся теория локуса контроля и теория ценности ожиданий.

Особенностью новых концепций формирования психического здоровья в зависимости от специфики аккультурации является их явная или скрытая апелляция к известным работам канадского психолога Дж. Бери (J.W. Berry, 1974а, 1974б, 1980). В соответствии со взглядами ученого, процесс адаптации индивида в новом для него обществе во многом зависит от того, какой стратегии он придерживается. Аккультурация, таким образом, может быть сведена к двум основным проблемам: поддержание своей культуры (в какой степени сохраняется собственная культурная идентичность) и участие в межкультурных контактах (степень включения в другую культуру). Совокупность индикаторов, отражающих смысл этих двух вопросов, представлена в следующей типологии межкультурных контактов: *а с с и м и л я ц и я* – индивид ориентирован на идентификацию с новой культурой и постепенную замену прежних собственных культурных ценностей; *т р а д и ц и о н а л и з м* (сепаратизм) – меньшинство отвергает культуру большинства и сохраняет свои собственные культурные особенности; *м а р г и н а л и з а ц и я* (индивид не может идентифицировать себя ни с той, ни с другой культурой); *и н т е г р а ц и я* (идентификация как со старой, так и с новой культурами).

Автором этой концепции J.W. Berry (1997) установлено, что интеграция представляет собой наиболее оптимальный для психического здоровья вариант аккультурации; традиционализм и ассимиляция несут в себе несколько больший риск развития психической патологии, а самой опасной является стратегия маргинализации. Другие исследования также подтвердили связь между выбором социокультурной установки индивида и состоянием его психического здоровья (J. Ruesch, A. Jacobson, M. Loeb, 1948; H. Fabrega, 1969; I. Nachson, J.D. Draguns, I.K. Broverman, L. Philips, 1972; A. Burnham, R.L. Hough, M. Kamo, J.I. Escobar, C. Telles, 1987; M. Madianos, N. Bilanakis, A.Liakos, 1988; R. Caetano, 1987; V. Mavreas, P. Bebbington, 1989; M. Kaplan, G. Marks, 1990; A. Adamopoulou, G. Caryfallios, N. Bouras, G. Koulomas, 1990; N. Bilankis, M.G. Madianos, A. Liakos, 1995; M.G. Madianos, M. Economou, A. Hatjandreou, A. Papageorgiou, E. Rogakou, 1999; G. Storch, F. Poustka, 2000; P. Foissou, Y. Ledoux, F. Valente, L. Servais, L. Staner, I. Pelc, P. Mimer, 2002).

Так, изучение выходцев из Южной Азии и Северной Индии в Великобритании показало, что родовой традиционализм, ассоциирующийся с недемократичностью установок, обладает тем не менее своеобразной протективной для психического здоровья функцией

(D. Bhugra, D.S. Baldwin, M. Desai, 1999; D. Bhugra, K. Bhui, 2000). Исследования бангладешцев в Англии (J. Nazroo, 1997), мексиканцев, рожденных от эмигрантов в США (E.A. Holman, R.C. Silver, H. Waitzkin, 2000; J.I. Escobar, N.C. Hojos, M.A. Gara, 2000), и детей эмигрантов в Австралии (L.C. Davies, R.S. McKelvey, 1998) также свидетельствуют о том, что традиционалистская позиция способна существенно снизить вероятность развития психической инвалидности.

Высокая степень ассимиляции может ассоциироваться с повышенным риском формирования депрессивных состояний (D. Bhugra, 2003). Данному выводу соответствуют результаты обследований иранских эмигрантов в Германии, показавшие прямую зависимость критериев депрессивного расстройства от выраженности ассимиляционной стратегии (С. Naasen, H. Sardashiti, 2000). В полевом исследовании мексиканских эмигрантов, работающих в качестве сельскохозяйственных рабочих в Калифорнии (США), также была установлена высокая частота психических нарушений у лиц с ассимилятивными тенденциями, хотя в целом заболеваемость среди мигрантов была ниже, чем среди мексиканских американцев или американского населения в целом (E. Alderete, W.A. Vega, B. Koldy, S. Aquiar-Gaxiola, 2000).

Более поздние работы показали, что связь между типом аккультурации и особенностями психического здоровья далеко не всегда однозначна. Данные наблюдения привели к развитию новых теорий аккультурации. Одна из них – теория негативных жизненных событий (M. Beiser, R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman, 1995). В соответствии с этой концепцией, чем с большим количеством перемен (имеющих как негативную, так и позитивную окраску) встретится человек, тем больше он будет иметь проблем с психическим здоровьем. Беженцы и дети беженцев вследствие травматических переживаний, своего статуса в стране-реципиенте и специфических стечений обстоятельств обнаруживают, по сравнению с другими эмигрантами и их детьми, более выраженную степень стресса и могут рассматриваться как лица с предрасположенностью к развитию психической патологии. Так, исследования адаптации беженцев из Ирана и Ирака установили, что кризис личности у взрослых выражен гораздо больше, чем у молодых людей и детей (S. Castles, G. Kosack, 1973; R.W. Brislin, K. Cushner, C. Cherrie, M. Yong, 1995). Одновременно с этим в семьях беженцев возникает много проблем с воспитанием детей – ребенок не получает поддержки за пределами семьи, в результате чего могут формироваться черты характера, препятствующие успешной социальной адаптации, такие как стеснительность, заторможенность и пр. (E. Erikson, 1963; G. Aurelius, 1978).

Значение семейных отношений для представителей этнических меньшинств раскрывает теория социальной поддержки. Было показано, что женщины из стран с исламской культурой, находясь в зависимом положении от мужа и обладая меньшим уровнем образования и профессиональным опытом, имели больше проблем с адаптацией в странах Европы, чем их соотечественники – мужчины (Т. Chandler, D. Shama, F. Wolf, S. Planchard, 1998). По данным одного из исследований, у многих иранских женщин-эмигрантов в Канаде выявлялись фибромиомы, появляющиеся в результате психического напряжения (Е. Roskies, M. Lida-Miranda, R. Michael, G. Strobel, 1977).

Напротив, у лиц, эмигрировавших из США, половых различий в адаптации, как правило, не обнаруживалось. Существуют данные о том, что женщины-американки быстрее, чем мужчины, приспосабливаются к образу жизни в другой стране (J. Church, W.J. Lonner, 1998). Наибольший риск развития психических нарушений прослеживается у девочек в период полового созревания, независимо от культурных и этнических особенностей (А.А. Crijnen, Т.М. Achenbach, F.C. Verhulst, 1999). При этом вероятность формирования психической патологии выше у девочек с ускоренным половым развитием (J.A. Graber, J. Brooks-Gunn, M.P. Warren, 1955; M.E. Claes, 1992; B.L. Hankin, L.Y. Abramson, 1999; J.A. Graber, P.M. Lewinsohn, J.R. Seeley et al., 1997; X. Ge, R.D. Conger, G.H. Elder, 2001). Обстановка в семье, оказывающая существенное влияние на уровень традиционализма и интеграции, является, таким образом, фактором второго порядка (M.L. Clark, M. Ayers, 1992; E.C. Cooksey, F.L. Mott, S.A. Neubauer, 2002). Еще М. Мид (1988) на примере иммигрантов в развивающихся странах Востока и Африки было отмечено, что дети там «становятся экспертами по вопросам нового образа жизни, и родители теряют свое право на оценку и руководство их поведением». Поэтому у вынужденных мигрантов из этих стран «сила конфигурации удваивается», и родителям трудно удержать власть над детьми «или даже веру, что такой контроль и возможен, и желателен».

Противоречия между поколениями и расхождения между системами ценностей, представленной в родной культуре мигранта и встречающей его в новой культуре, анализируются в рамках теории ценностных различий. По мнению некоторых авторов, если мы используем теорию ценностных различий для анализа взаимосвязей между аккультурацией и психическим здоровьем, нам необходимо принимать во внимание три группы факторов: качество и количество различий в ключевых ценностях между культурой-донором и культурой-реципиентом; терпимость представителей принимающей культу-

ры к иным ценностным системам; когнитивную сложность самого эмигранта, его способность к изменению собственной системы ценностей (А. Furnham, S. Bochner, 1986).

Показательны результаты многочисленных исследований, собранных в одну группу (J.I. Escobar, 2000). В частности, было установлено, что мексиканцы, живущие во втором и старших поколениях в США, демонстрируют относительно множества индикаторов психических расстройств худшие оценки, чем их соплеменники, приехавшие в страну в течение жизни. В качестве объяснения была выдвинута гипотеза, что аккультурация (американизация) оказывает на мексиканцев особенно патогенное воздействие. За это ответственны, по-видимому, с одной стороны, эрозия первоначальных семейных отношений и приспособление к американскому стилю жизни с интенсивным потреблением алкоголя и наркотиков – с другой. К тому же было установлено, что уже родившиеся в США мексиканцы предъявляют к своим успехам в жизни большие требования, что находилось в несоответствии с их фактическим положением в стране.

Дальнейшие исследования в области аккультурации выявили, что различные адаптационные стратегии могут варьировать у одного индивида в различных сферах его жизнедеятельности. Так, мигрант может обнаруживать традиционалистские тенденции в отношении женитьбы, ассимиляционные стратегии в отношении одежды и интеграционные – в плане предпочтений в еде или различных праздников (R.H. Mendoza, 1984; A. Kozulin, A. Venger, 1994; G. Horenczik, 1996).

Со времен первых работ Дж. Берри установлено, что наиболее успешной для психического здоровья стратегией аккультурации является интеграция. На групповом уровне она представляет собой платформу для построения мультикультурного общества, при этом сохраняется широкая палитра различных этнокультурных оттенков в противоположность так называемому «плавильному котлу» – такому варианту развития социума, когда исходная самобытность все больше и больше теряется.

Вместе с тем более пристальное рассмотрение этой формы адаптации обнаруживает, что она не всегда однозначна и требует в каждом случае всестороннего анализа. В данной связи показательны результаты исследования киприотов в Лондоне (M.K. Malhotra, 2000). Выявлены прямо противоположные характеристики психического здоровья в зависимости от уровня интеграции у мужчин и у женщин. Более высокая степень аккультурации у мужчин была сопряжена с увеличением симптомов психических расстройств, тогда как женщины, напротив, обнаруживали психопатологические нарушения при низком уровне

интеграции. Данный факт был интерпретирован исследователями следующим образом. Если мужчины с высоким уровнем интеграции были вынуждены чаще сталкиваться с рабочим миром принимающей страны, то женщины, ограничиваясь ведением домашнего хозяйства, имели меньшую необходимость приспособления к стране-реципиенту. В то время как хорошо интегрированные мужчины представляли собой на фоне местного населения все еще экономически дискриминированную группу, женщины с высоким уровнем интеграции обладали благоприятными предпосылками для личностного роста, что статистически ассоциировалось с психическим здоровьем.

Изучение школьников многонациональной среды Восточного Лондона, ориентированное на поиск отдельных детерминант интеграции, связанных с психическим здоровьем, выявило в качестве таковых разносторонность дружеских предпочтений и смешанный стиль одежды. В частности, для афроамериканцев выбор друзей из разных этнических групп оказался более протективным для психического здоровья фактором, чем уровень их академических достижений (K. Bhui et al., 1991). По поводу предпочтения интегрированного стиля костюмов авторы отмечают, что люди с эмоциональным дисбалансом вообще не склонны использовать одежду для влияния на свое настроение (M.M. Sweeney, P. Zions, 1989).

В связи с все бóльшим усложнением теории аккультурации особую актуальность приобретает проблема дизайна исследований. Если в большинстве прежних работ (J.G. Lipson, P.A. Omidian, S.M. Paul, 1995; F. Khavarpour, C. Rissel, 1997; E. Arcia, M. Skinner, D. Bailey et al., 2001) изучению подвергались такие параметры, как длительность резиденции, возможность обучения иностранному языку, предпочтение языка, культурная стратегия, опыт дискриминации, а также ежедневные жизненные задачи, определяемые собственной этнической принадлежностью, то в последующем появились разнообразные опросники, ориентированные на вычленение особенностей аккультурационных стратегий в различных жизненных ситуациях. Вместе с тем большинство предлагаемых методик носило культурно специфический характер, недостаточно отражающий конкретную концептуальную систему. С другой стороны, при интерпретации результатов исследования особенно важно принимать во внимание культурное своеобразие и особенности внутрисемейных и межличностных отношений в изучаемых этнических группах (A. Roussos, K. Francis, V. Zoubou et al., 2001; F. Motti-Stefanidi et al., 1994; F. Motti-Stefanidi, J. Tsiantis et al., 1993).

По мнению некоторых авторов (S. Stansfeld et al., 2001), слабой стороной множества предлагаемых шкал явилось их создание, стан-

дартизация и валидизация на материале какой-либо одной этнической группы, без попытки сравнительного анализа с другими этносами (R.E. Roberts, C.C. Attikson, A. Rosenblatt, 1998; M.C. Gutmann, 1999; M.C. Ghuman, 2000). Оценка показателей психического здоровья, сопоставляемых со стратегиями аккультурации, производилась, как правило, с использованием заключений экспертов или узко ориентированных опросников (P. Prescott-Clarke, P. Primatesta, 1998; R. Goodman, T. Ford, H. Simmons et al., 2000; R. Goodman, H. Meltzer, V. Bailey, 2003), хотя специфика исследования требовала более глобального психометрического инструментария.

Обобщая сказанное, следует подчеркнуть, что для получения адекватных результатов следует обращать внимание как на используемый инструмент, так и на корреляцию первичных показателей и следующих из них выводов, которые необходимо подвергать совместной интерпретации. Недостаточное внимание ко всем этим факторам может вести к неверным результатам (C. Haasen, M. Lambert, R. Mass et al., 1988; C. Haasen, M. Yagdiran et al., 2000).

Таким образом, выделение стратегий аккультурации позволило существенно унифицировать совокупность факторов, влияющих на психическое здоровье этнических меньшинств. Следует, однако, отметить, что уже сам Дж. Берри рассматривал выделенные им стратегии как индивидуальные психологические установки, предполагающие значительное разнообразие в масштабах группы. Последующие работы представителей конструктивистского подхода показали, что даже у одного индивида в различных сферах его жизни могут проявляться различные адаптационные стратегии. Попыткой решения проблемы связи социально-психологических факторов и психического здоровья явилось создание многочисленных теорий аккультурации и все большее усложнение дизайна исследований.

Своеобразную альтернативу сложившейся ситуации предлагает социальное понимание этноса. Актуальность подобного рода исследований обусловлена нарастающей глобализацией, ведущей к постепенной унификации духовной и материальной культуры, сглаживанию межэтнических различий. В данных обстоятельствах основные объекты этнокультурных исследований – этничность и этнос – становятся не столько биологическими или психологическими характеристиками, сколько социальными феноменами. Необходимые условия для изучения этой новой реальности предоставляет инструментальный подход.

3.4. Инструментальный подход в этнокультурных исследованиях

По мнению создателей инструментального подхода, социальные различия между группами людей в обществе служат основой для формирования этнической идентичности, определяют характер межгрупповых отношений и мобилизуют этнические группы на целенаправленную социальную деятельность. Поэтому для инструменталистских концепций типично обращение к социально-психологическим теориям, трактующим этничность как эффективное средство для преодоления отчуждения, как социальную терапию. Некоторые исследователи, придерживающиеся этого подхода, ограничиваются анализом того, каким образом этническую солидарность усиливают те социальные обстоятельства, которые они называют структурными условиями (Д. Хоровиц, Дж. Ротшильд, Дж. Нейджел и др.). Другие идут дальше и анализируют, как определенные социальные обстоятельства ведут к рациональному стратегическому выбору этнической идентичности как средству достижения желаемых политических, экономических и иных социальных целей (Э. Смит, Дж. Окаймура, А. Коэн, К. Янг и др.).

Существенной чертой всех инструментальных концепций является их опора на функционализм и прагматизм. В отличие от примордиального подхода инструментализм ориентирован не на поиски объективных оснований этничности, а на выявление тех функций, которые выполняются общностью и этносами в окружающем их мире. Поэтому, выясняя, каким образом этносы и этничность удовлетворяют потребности индивида или группы, осуществляют их цели и интересы, инструментализм не интересуется вопросом, есть ли какая-нибудь объективная основа существования этноса. Он просто исходит из положения, если этносы и этничность существуют, то значит они служат определенным целям и конкретным интересам человека, облегчая его жизнь в обществе, т. е. выполняют соответствующие функции.

Из немногих русскоязычных работ, которые условно можно отнести к инструментальному подходу, заслуживает внимание исследование Л.В. Ким (1997). Автор изучала клинико-эпидемиологические особенности депрессивных расстройств среди подростков – этнических корейцев, проживающих в Узбекистане и Республике Корея. На репрезентативном материале Л.В. Ким установлена значительно большая распространенность депрессивных расстройств в общей популяции Сеула, нежели в Ташкенте. Такая диссоциация усматривается исследовательницей в различии социокультурных факторов. В Южной

Коре в последние десятилетия прочно утвердилась высокая ценность престижного положения в обществе и высшего образования, поэтому число абитуриентов значительно превышает количество вакансий в университетах, требования, предъявляемые к обучающимся, также становятся все более высокими. Таким образом формируется «прессинг успеха», характеризующийся, с одной стороны, установкой на достижение успеха, с другой – страха неудачи, ожиданием провала и неудачи.

В то же время у подростков из Узбекистана чаще выявлялись межличностные проблемы с родителями, учителями, братьями и сестрами, сверстниками.

В качестве аргументов патогенной роли «прессинга успеха» в более частой распространенности депрессивных расстройств у подростков жителей Сеула исследовательница выделяет:

- большой удельный вес среди «депрессивных подростков» представителей мужского пола, как следствие традиционной для Южной Кореи ориентации на достижение социальных и профессиональных успехов именно мужчинами;

- зависимость депрессии от наличия того или иного хронического соматического заболевания, препятствующего достижению социальных успехов и карьерных устремлений подростка;

- значимое преобладание школьников с высокой успеваемостью среди «депрессивных подростков» в Сеуле, по сравнению с соответствующей группой Ташкента, что отражает более высокий уровень социально детерминированных притязаний в условиях конкурентного общества.

Причисление данного исследования к группе инструментально-ориентированных возможно по следующим соображениям. Во-первых, автор усматривает причины распространенности депрессий не в этнических особенностях пробандов (в обеих группах были представлены этнические корейцы), а в связи с объективными социальными факторами, обуславливающими выбор модели социального поведения. Если социальная среда Сеула создавала «прессинг успеха», то условия Ташкента характеризовались менее жесткими требованиями к молодежи. Очевидно, что социальные стратегии корейского этнического меньшинства в Ташкенте формировались в среде коренного населения, представленного узбеками. Другой важной характеристикой проведенного исследования явилось дифференцированное использование в нем методик изучения социальных и личностных ресурсов.

Методологически сходной работой является выполненное Ф. Херападакос (2002) сравнительное исследование психического здо-

ровья этнических греков в г. Мюнхен (Германия) и г. Вериа (Греция). Исследование проводилось на разных выборках учащихся гимназий и лицеев в течение нескольких лет. Полученные данные позволили автору установить нарастание психопатологической симптоматики в течение времени в обеих странах, что связывалось им с общим увеличением требований к академическим успехам, а также усложнением организации обучающей системы. Сравнительное изучение распространенности психических нарушений показало несколько большую их частоту в Вериа за счет преобладания аффективных расстройств.

В качестве возможных социальных стрессоров исследователем рассматривалось изменение экономической и социальной ситуации в Греции, а также факторы микросоциального уровня. К последним автор отнес академические нагрузки, связанные с национальной системой обучения. По его мнению, господствующий в современных греческих школах дух требует не коллективной работы учащихся, но их индивидуалистического противостояния. Предъявляемые к учащимся запросы также более высоки. Распространенной формой обучения являются всевозможные факультативные занятия, призванные обеспечить лучшую подготовку в университет. С другой стороны, имеют место завышенные требования родителей. В традиционных греческих семьях доминирует четкая установка на обучение детей в престижных университетах, а академические упущения рассматриваются как семейная трагедия. Характерной формой воспитания являются требования жесткой дисциплины, соблюдение строгих моральных норм. В данном отношении греческие семьи, проживающие в Мюнхене, представляются автору более либеральными. Кроме того, греческие школьники имеют большие шансы на дальнейшее образование, поскольку получают право обучаться как у себя на родине, так и в немецких университетах. Установленные результаты позволили автору положительно аргументировать теорию селективной миграции, однако, к сожалению, им не проводилось специального изучения актуальных для респондентов социальных стрессоров и ресурсов.

Важным социальным стрессором, изучаемым в рамках инструментального этнокультурного подхода, является дискриминация по национальному признаку. В немногочисленных зарубежных работах, посвященных этой тематике, обращает на себя внимание обстоятельное исследование 3726 молодых жителей Германии турецкого, греческого и итальянского происхождения. По данным немецкого Института изучения проблем молодежи (Auslaendersurvey, DJI, 1997), ущемление по этническому признаку является значительно более весомым в формировании психического нездоровья фактором, чем владение го-

сударственным языком. В то время как представители малых этносов, не чувствующие в повседневной жизни дискриминации, испытывали недостаток побуждений только в 9% наблюдений, их соплеменники, испытывающие национальное ущемление, страдали от аналогичной жалобы в 21% случаев. Даже такие психосоматические симптомы, как аллергические и астматические проявления, встречались чаще у обследуемых, имеющих опыт дискриминации. Правда, отмечают авторы, данный факт может отражать проблему выборочных исследований, которая возникает при одновременном изучении предполагаемых причин и следствий. Даже если кажется убедительным, что опыт дискриминации оказывает негативное воздействие на психическое здоровье, не может быть исключено и обратное влияние: лица, имеющие проблемы с психическим здоровьем чаще воспринимают бытовые ситуации как дискриминирующие и чаще сообщают об этом. Вместе с тем результаты других исследовательских работ также свидетельствуют о связи дискриминации и параметров психического здоровья (D.R. Williams, R. Williams-Morris, 2000)

Подводя итог анализу междисциплинарных подходов в исследовании психического здоровья населения, можно отметить, что на сегодняшний день существует, по меньшей мере, три различных подхода к решению данного вопроса – примордиальный, конструктивистский и инструментальный. Каждый из них по-разному оценивает, что такое этнос и этничность, а потому обуславливает определенные различия в акцентах проводимых исследований психического здоровья, анализе результатов и формулировании выводов. Изначально зародившись в различных исследовательских условиях и для различных социальных целей, данные подходы несколько не исключают друг друга, а могут органично дополнять картину этнокультурных исследований. В таком случае феномен психического здоровья получает более реальную и целостную оценку с учетом новых ипостасей биопсихосоциальной парадигмы, развиваемой в современных условиях.

* * *

В эпоху глобализации психическое здоровье и меры по его укреплению начинают все больше рассматриваться как необходимые условия поступательного развития любого общества, гарантия его стабильного будущего. В рамках объединения международных усилий многое делается в области расширения осознания населением и специалистами здравоохранения тяжести бремени психических расстройств, которое выражается в людских, социальных и экономических потерях. Многие усилия направлены на преодоление «барьеров» – стигматиза-

ции, дискриминации и неадекватной помощи в связи с проблемами психического здоровья. Все больше начинают говорить о вкладе бедности, половых, возрастных и этнических особенностей, соматических заболеваний, последствий экстремальных ситуаций и масштабных социальных преобразований, а также о роли семьи и ближайшего социального окружения в возникновении, формирование и распространение психических и поведенческих расстройств.

Нарастающее культурное многообразие мира, которое начинает ощущаться в каждом уголке земного шара, несет в себе позитивный потенциал взаимного духовного обогащения. Оно же таит в себе и негативный потенциал социальных конфликтов, дискриминации, или наоборот, маргинализации, мозаизации и размывания культурных основ общества. Все это даже в скрытой форме отражается на ухудшении показателей психического здоровья всех групп населения.

Для жителей стран постсоветского евразийского пространства все перечисленные проблемы как никогда остры и актуальны. Будучи исторически объединенными в одно государственное образование и сформировав таким образом общее социально-политическое пространство, сегодня эти страны развиваются самостоятельными путями. На этом фоне вскрываются многие социальные проблемы, которые долгие годы не акцентировались или же просто не имели политических условий для своего развития. К ним прежде всего относится влияние на психическое здоровье населения новой политико-экономической реальности, в условиях которой заострились или возникли вновь проблемы этнических меньшинств, беженцев, репатриантов, личностей, идентифицирующих себя с двумя и более культурами и т.п. Решения этих проблем стандартными медицинскими или психологическими вмешательствами явно недостаточно. Представленная далее междисциплинарная модель исследования проблем психического здоровья населения стран евразийского пространства представляется нам наиболее оптимальной современным условиям.

Часть вторая

**Примордиальный
дискурс проблемы:
психическое здоровье
в бикультурном
российском регионе**

Чѣлхе пур – халӑх пур, чѣлхе сук – халӑх сук. – Пока есть язык – есть народ, когда нет языка – нет народа

Чувашская пословица

Данное исследование состояния психического здоровья населения Чувашии как преимущественно бикультурного российского региона, имеющего относительно высокий уровень распространенности психических расстройств (И.Я. Гурович с соавт., 2000), в структуре которых основное число заболеваний приходится на пограничный уровень, выполнено на междисциплинарной основе в рамках примордиального этнологического дискурса и отражено в цикле публикаций Е.Л. Николаева с соавт. (2002-2012), Е. Nikolaev et al. (2004-2012). Представители примордиального подхода, наиболее разработанного в этнокультурных исследованиях психического здоровья, понимают этнос как исторически сформированную социальную группу, связанную общностью территории, языка, культуры, а также сознанием своего единства и отличия от других подобных образований. Этничность выступает в качестве базисной характеристики специфических особенностей традиционной культуры.

Представленное исследование является примером эволюционно-исторического направления примордиализма в соответствии со следующими позициями. Уже с самого начала при постановке проблемы исторически сложившееся этнопсихологическое своеобразие определяется как основа формирования психического здоровья и патологии. Среди важнейших детерминант психического здоровья здесь рассматриваются культурные особенности ценностно-смысловой сферы, традиций и религии, уровня владением родным языком.

Характерной особенностью настоящего исследования является выделение в качестве самостоятельного объекта изучения так называемой дизэтнической группы, которая представлена лицами, этническое самоопределение которых не соответствует национальности ни одного из родителей. Данная характеристика далее используется для формулирования понятия о социокультурной идентичности, объединяющей объективную категорию этничности с субъективной категорией этнической идентичности. Выделение в этническом самосознании объективного компонента указывает на его понимание как преимущественно постоянного и заданного (т. е. примордиального) конструкта.

При описании психических расстройств в данной части говорится о культурном своеобразии выявленной пограничной патологии, не достигающей, правда, выраженности, культуроспецифических синдромов. Наконец, социокультурный статус личности, определяемый среди прочих факторов и соответствием традиционной культуре, здесь связан с выработкой психотерапевтических подходов к пограничной психической патологии, что еще раз подчеркивает вклад исторически сложившейся культуры в формирование психического здоровья.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В КОНТЕКСТЕ НАРАСТАЮЩЕЙ КУЛЬТУРНОЙ МОЗАИЧНОСТИ

Проблема пограничных психических расстройств (ППР) занимает одно из важнейших мест в современной медицинской и психологической науках, поскольку определяется высокой распространенностью и большой социальной значимостью последствий заболеваний, входящих в данный спектр расстройств (А.В. Голенков, 1998; С.А. Нурмагамбетова, 2002; Е.В. Воинков, 2003; М.А. Ильина, 2004; Н.Г. Незнанов, И.Ю. Щеглова, 2004; С.А. Дроздовский, Н.А. Творогова, 2005). В России в течение последних десятилетий сложились определенные традиции по ее изучению. Работы В.Н. Мясищева (1960), Н.Д. Лакосиной (1970), Г.К. Ушакова (1978), Б.Д. Карвасарского (1980-2003), В.Я. Семке (1999), Л.П. Яцкова (2004), других авторов значительно систематизировали представления о клинике и этиопатогенезе, диагностике, лечении и профилактике пограничных состояний. Крупным событием для науки и практики стал выход в свет серии публикаций и монографий по актуальным вопросам ППР авторского коллектива во главе с Ю.А. Александровским (1976-2005).

В последние годы на повестку дня выходят новые ориентиры в разработке проблем психического здоровья. В силу нарастания интенсивности глобализационных процессов, когда, с одной стороны, усиливается тенденция к унификации стран и народов, их образа жизни, с другой – практически каждый регион мира переживает период смешения языков, религий и систем мировоззрения, на смену культурной интеграции общества приходит его культурная мозаичность. И тогда фактор различия культур в ситуации скоротечности и поверхностности процессов социального взаимодействия может из положительного ресурса превращаться в фактор личностной и общественной дестабилизации. Не учитывать это становится просто невозможно в современных условиях. Поэтому этнокультурные исследования сегодня позволяют расширить понимание самой психической патологии и оптимизировать систему лечения, реабилитации и профилактики (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003; С.В. Цыцарев, 2005; Т. Heise et al., 2001).

4.1. Психологические механизмы адаптации личности в условиях различных культур

Все меньше сомнений вызывает уверенность в том, что 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; В.А. Ташлыков, 1994; Е.И. Чехлатый, 1994; В.М. Ялтонский, 1995; С.Л. Истомин, 1998; А.А. Чазова, 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. Naseri, 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. Социальноэкономический уровень и статус этнического меньшинства также влияют на формирование защитно-компенсаторного поведения. Знакомство Т.Т. Donelly (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. Таукеновой (2004) больных неврозами в Кабардино-Балкарии показывает, что если русские в состоянии психической дезадаптации чаще используют конфронтационный копинг, дистанцирование и избегание, то кабардинцы больше ориентированы на стратегии, связанные с самоконтролем. Для последних вообще характерна большая традиционность, нормативность и табуированность культуры, запрет на проявление гетероагрессивных чувств.

Сравнительное исследование Е.А. Панченко и М.В. Гладышевым (2004) особенностей суицидального поведения русских и удмуртов в Удмуртии позволило установить детерминирующие его факторы. Так, установлены системообразующие особенности удмуртов: тяготение менталитета к «восточной» этнокультурной модели (архаические механизмы мышления), интровертированность (концентрация интересов на проблемах лично-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, так как 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 индийской 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 А. 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 культурной 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 Naaften, 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 взглядом, вселением духов и учением Талмуда отсутствуют (P. Palgi, 1979).

Защитно-приспособительное поведение детей всегда связано с родительской моделью поведения (Z. Mirmics 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 К.Л. Walters, J.M. Simoni (2002) для американских индейцев и коренных жителей Аляски новая модель совладания со стрессом, в отличие от евроцентристской парадигмы, не фокусируется 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 «мети-

сации» 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 самоуничужения 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. Kirmauer et al., 2000). Низкий уровень качества жизни демонстрируют и афроамериканцы 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, так как 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 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 расхождения 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 бiculturalной по 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).

4.2. Опыт этнокультурных исследований в психиатрии и клинической психологии

Основную часть исследователей психического здоровья объединяет понимание его патологии 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 распространённость получили исследования, в основе которых лежит примодальный этнокультурный подход.

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) клинко-социальных и этнокультурных особенностей суицидального поведения у подростков Удмуртии выявлено наличие таких факторов, повышающих риск аутоагрессии 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), жизненным

ценностям (карьера у славян и материальное благополучие у коми), а также – 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), невротиз 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, существенной особенностью бурят и монголов является разрешение внутренних психологических конфликтов без помощи посторонних лиц. В то же время 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, антисоциального поведения, нарушений семейных отношений и ухода в мир мистических переживаний.

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.

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.

4.3. Проблемы кросскультурного взаимодействия в психотерапии

Психодинамическое направление психотерапии. Психоанализ является одним из наиболее распространенных западных психотерапевтических подходов, практикуемых в условиях различных культур и на их стыке (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen, 1991; R.A. Shechter, 1992; H.F. Smith, 2000; A. Connolly, 2002; S. Kakar, 2003).

S.C. Chang (1998) подробно описывает случай аналитической терапии выраженного тревожно-панического расстройства у японского студента, изучающего английский язык в США и вынужденного одновременно существовать в системе двух культур. По мнению автора, залогом успешности терапевтического процесса является интеграция аналитических взглядов на жизнь в структуру традиционной азиатской культуры и ментальности пациента. Реакции переноса и контрпереноса, возникающие в моноэтнических и биэтнических диадах в результате воздействия этнокультурных факторов, могут рассматриваться при психоанализе в качестве катализаторов таких терапевтических проявлений, как доверие, амбивалентность, гнев, а также принятие разобщенных частей личности (L. Comaz-Diaz, F.M. Jacobsen, 1991).

R.A. Shechter (1992) различает в ситуации биэтнической терапевтической диады структуры кросскультурного рабочего альянса, способствующие возникновению так называемой ассоциативной идентификации. Ассоциативная идентификация, отражая феномен конструктивного контрпереноса, представляет собой сознательную идентификацию терапевта с эго-опытом пациента, что позволяет терапевту отслеживать существование параллельных воспоминаний, стимулирующих осознанное применение терапевтических техник. В основе подобной работы лежат представления о возникновении в рабочем альянсе универсальных культурных конфликтов. Наиболее общими для терапевта и пациента культурными конфликтами бывает стремление быть услышанным и тенденция к разотождествлению. Целенаправленное использование феномена ассоциативной идентификации обогащает терапию и способствует интеграции изолированных и обособленных частей личности.

Различия в практическом приложении стройной системы психоанализа в Индии, Японии, других странах прежде всего объясняются его культурным преломлением в рамках традиций той или иной страны (A. Roland, 2003). M. Tatara (1982), выделяя особенности развития

психоанализа в Японии, проводит его сравнение с традиционными для этой страны видами психотерапии – найкан-терапией, морита-терапией, буддистской философией. Изучение истории развития психоанализа на японской почве приводит М. Tataru к формулировке двух этнокультурных феноменов: первого – комплекса Аясе, связанного с моделью материнского переноса и сопровождающегося интерпретацией объектных отношений через значимость прощения как средства разрешения вины и обиды; второго – комплекса Амида, выступающего в роли культурной модели контрпереноса и проявляющегося у психотерапевта ощущениями всемогущества и потребности в похвале (М. Tataru, 1982). Поэтому становится понятной позиция Н.Ф. Smith (2000), поднимающего при рассмотрении современного состояния психоанализа как психотерапевтического направления актуальный вопрос о реальности интеграции его европейского, североамериканского и латиноамериканского вариантов.

Восточные философские концепции также могут значительно обогатить классический психоанализ. В системе духовных традиций целительства центральное место занимает идеализирующий перенос, рождающийся в ходе взаимодействия исцеляемого с духовным учителем, или гуру. В то же время направленность и динамика этого идеализирующего переноса существенно отличаются от подобных в западной психологии личности. Восточная теория идет дальше психоаналитических формулировок о природе и способах передачи эмпатии. Считается, что практика медитации сопровождается значительным ростом эмпатических возможностей учителя-целителя, а их передача к исцеляемому становится возможной, минуя вербальный канал коммуникации. В связи с этим уместен вопрос о необходимости изучения медитации в системе психоаналитического образования (S. Kakar, 2003),

Когнитивно-поведенческий подход. Особый интерес представляет работа Y.N. Lin (2002), посвященная особенностям применения когнитивно-поведенческой терапии в работе с лицами, принадлежащими к китайской культуре. Автор выделяет преимущества этого терапевтического подхода при работе в контексте традиционных китайских взглядов и ценностей. Китайские больные ждут от психотерапевта директивности, патернализма, заботы и эмпатии. Они предполагают, что психотерапевт будет предлагать конкретную информацию, давать необходимые советы или непосредственно сам решать проблемы пациента, что связано с авторитарным характером общественных отношений в китайском обществе. Когнитивно-поведенческий терапевт, работающий в русле проблемно ориентированного подхода или метода, нацеленного на выработку ре-

шений, будучи лидером терапевтического процесса, естественно, проявляет авторитет и компетентность. Вдобавок к этому во время психотерапевтического процесса он берет на себя определенный уровень ответственности в области установления проблемы, определения цели встречи, планирования хода работы, ее осуществления и оценки. Эффективный в глазах китайского пациента психотерапевт всегда берет часть ответственности за лечение и его результат на себя, дает четкие рекомендации и советы, активно поддерживает пациента в выполнении домашних заданий, выработке новых навыков в ходе сессий и на практике.

К достоинствам когнитивно-поведенческого подхода в контексте китайской культуры Y.N. Lin (2002) относит возможность фокусировки на нарушениях поведения, что избавляет пациентов от необходимости исследования тщательно подавляемых ими эмоций и ощущений. Корректировка негативного эмоционального опыта в таком случае проводится косвенно, через поведение. В своих рекомендациях по работе с китайскими пациентами автор советует соблюдать баланс между индивидуализмом и коллективизмом, при принятии решений ориентировать пациентов на сочетание сохранения собственной индивидуальности и учета семейных и групповых целей, социальных норм и ожиданий близких.

Групповые формы работы в психотерапии. Растущая неоднородность населения индустриальных стран мира ставит, по мнению J.T. Salvendy (1999), вопрос о необходимости пересмотра социокультурных норм и подходов *групповой психотерапии*, восходящей к ценностям белой иудео-христианской культуры. E.P. van Schoor (2000) находит связь между индивидуалистической культурой США и историей развития групповой психотерапии от групп аналитических подходов через психодраму и Т-группы к группам встреч, в которых вера в самоосвобождение достигает своего пика. Р.Д. Тукаев (2003) также считает, что групповая форма терапии, создавая искусственную микросоциальную среду, на время снимает у человека высокоурбанизированного общества остроту отчужденности и одиночества. В качестве путей разрешения данных проблем в группе обычно предлагается: интенсификация микросоциального общения за счет повышения коммуникативных навыков (Т-группы) либо углубления эмоционального взаимодействия (группы встреч); адаптация к отчужденности (гештальттерапия, первичная, телесно ориентированная терапия, ортодоксальный психоанализ, эмпирическая терапия).

Еще одним подтверждением генетической направленности групповой психотерапии на решение проблем личности индивиду-

листического общества служит работа D. Roe и B.A. Farber (2001), в которой исследовалась разница в уровнях и стилях самораскрытия при психотерапии у американских и израильских пациентов. Результаты, не выявившие значимых различий между группами, показали, что наиболее частыми общими темами обсуждения были: неприятие собственной личности, отчаяние, депрессия, раздражение и гнев по отношению к собственным родителям.

Современная израильская культура, исторически преломляющая традиционные восточные и западные ценности, представляет собой довольно интересное явление. Несмотря на то что израильтяне имеют репутацию индивидуалистов, никто не может конкурировать с их социальной и групповой сплоченностью. Присущий им поиск взаимопомощи и потребность в аффилиации становятся особенно очевидными в ситуациях личного или национального дистресса. Когда кому-нибудь приходится плохо, готовые помочь друзья, соседи, случайные люди окружают человека душевной заботой и материальной поддержкой. В случае общих трудностей, например войны или вспышек терроризма, могут наблюдаться многочисленные спонтанные проявления взаимопомощи. В то же время в эти моменты возрастает востребованность групповой психотерапии (H. Weinberg, 2000).

Рассмотрение социокультурных феноменов групповой психотерапии и выделение особенностей восприятия, системы отношений, коммуникации и поведения представителей этнических меньшинств предоставило возможность J.T. Salvendy (1999) поставить вопрос о необходимости культурно-сенситивной трансформации группотерапевтических техник, что встретило понимание ученых и практиков. По мнению F.H. Hsiao et al. (2004), приложение групповой психотерапии к условиям китайской культуры должно сопровождаться следующими направлениями ее транскультурной модификации: установление псевдородственных отношений между членами группы и терапевтом, обязательное использование упражнений на разогрев и структурирование деятельности, применение проективных методов, фокусирование на вопросах межличностных отношений и проблемах внутриличностного характера.

Философия западных и восточных подходов. Выделение ключевых различий между западными (преимущественно европейскими) и восточными (преимущественно азиатскими) подходами психотерапии может помочь определению актуальных для каждой культуры психотерапевтических мишеней и наметить направления их дальнейшей интеграции при работе в кросскультурной ситуации. Дифференциация направленности мировосприятия, отражающегося в психотерапевтической практике,

проводится в работе Y. Matsuda (2003), в которой обсуждаются отличия процессов обработки информации в сопоставлении восточно-азиатского и западного культурных контекстов.

Более содержательное многоуровневое обобщение мировоззренческих, этнокультурных, этнопсихологических параметров европейской и азиатской моделей психотерапии проведено В.Я. Семке с соавт. (2001). Среди ряда сопоставляемых ими факторов особого внимания заслуживают характеристики, непосредственно связанные с психотерапевтическим процессом. Отмечается, что при западном подходе в качестве целей психотерапии во главу угла ставится самореализация, функциональная автономия и творческая самостоятельность пациента-индивидуума. На Востоке рост спонтанности и творческого воображения стимулируется через постижение наследия прошлого и использование народных методов, при этом учитель, гурю, наставник полностью управляют процессом лечения. В традициях европейского подхода более предпочтительны партнерские взаимоотношения терапевта и пациента. Факторами, обеспечивающими успешность терапии, здесь будут считаться: снятие напряжения, принятие проблемного опыта, когнитивное научение, корректирующий эмоциональный опыт, в то время как на Востоке большее значение придается преодолению социальной изоляции, поведенческой регуляции, стремлению к «самоотторжению» конфликта.

N. Watanabe (2003) выделяет характерные для Востока концепции трансцендентности эго-структур, равенства души и тела, психических структур пустоты или небытия. Он подчеркивает, что здесь сила эго не укрепляется, а рассеивается во взаимоотношениях человека с окружением, которое может быть как одушевленным, так и неодушевленным. Не существует различий между разумом и телом, а есть традиционный путь достижения пустоты и небытия через дзен-буддизм. Опору западной культуры N. Watanabe видит в концепциях силы эго, верховенства разума над телом, психических структурах полноты и целостности, в то время как понятия пустоты и небытия наполнены негативным смыслом. В сопоставлении с характерным для Востока циклическим образом мышления здесь преобладает линейный образ мышления, а жизнь рассматривается как движение в направлении прогресса, к Богу.

Своеобразным свидетельством того, что поликультурные условия российской действительности также часто являют собой картину неевропейского мировоззрения, служат рекомендации Л.Л. Репиной (2004) по двухэтапному лечению невротических расстройств у пациентов удмуртской национальности. Целью первого этапа индивидуальной психо-

терапии является создание максимально возможной атмосферы доверия на фоне интенсивной комплексной биологической терапии. На втором этапе возможно применение собственно психотерапевтических методов преимущественно в групповой форме с преобладанием директивно-суггестивных подходов, адекватных коллективистско-вертикальному типу культуры удмуртов (Л.Л. Репина, 2004).

Директивность, большая ориентация на интересы социального окружения, чем на потребности собственной личности, отличает не-европейские подходы терапии. Однако арсенал средств воздействия восточных психотерапевтических по своей сущности, а не названию практик достаточно богат и разнообразен, хотя и менее известен специалистам. Знакомство с лечебными традициями Востока может, несомненно, обогатить теоретические концепции психотерапии и практический арсенал средств психологической помощи.

Взаимодействие европейского и традиционного подходов. Универсальность опыта повседневных ощущений, не связанных с конкретной системой интерпретации, может в какой-то мере объяснить эффективность использования «восточных» подходов в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре. В.Я. Семке с соавт. (2001) считают, что обращение к иррациональному мышлению восточных целителей иногда содействует достижению более высокого уровня адаптации пациента через систему метафор, притч, иносказаний, структурированных лингвистических построений. L. Gerber (1994), оценивая быстроту технологического прогресса на Западе, видит его последствия в изменении и утрате традиционных основ смысла бытия. Западные концепции об индивидуальных границах, семейных связях, взаимоотношениях разума и тела, путях познания мира, на его взгляд, требуют переосмысления при работе с выходцами с Востока. В то же время L. Gerber отмечает, что в западной культуре еще сохраняются элементы, созвучные так называемому «азиатскому» вектору движения, а работа психотерапевта с выходцами из восточных стран может помочь западному психотерапевту осознать, насколько его культурно обусловленные представления о здоровье, психопатологии и психотерапии влияют на то, как он слышит, понимает и реагирует на пациента.

Так, несмотря на заметные различия в философии и методологии древних буддистских техник медитации, саманты, випассаны, дзен, с одной стороны, и современного клинического гипноза — с другой стороны, между этими подходами существует определенное сходство. Несомненно, не каждая медитативная техника «вписывается» в западную культуру, однако в каждой из них есть то, что может быть

эффективно использовано клиницистом, работающим в рамках гипноза (А. Natani, 2003). Определенные параллели между традиционными магическими практиками и концепциями современной психотерапии отмечены по итогам анализа хода лечения семей семисот латиноамериканских иммигрантов медицинским антропологом и лицензированным психотерапевтом М. Dobkin de Rios (2002), которая четко показала конгруэнтность техник шаманизма у жителей прибрежных районов Перу и Амазонки трем западным психотерапевтическим приемам: гипнозу, поведенческой модификации и когнитивному реструктурированию.

Методы психотерапии, основанные на народных традициях, обычаях, ритуалах, практикуются и в центре Европы. Б.Д. Карварским (1998) описан вид этнотерапии, созданной в Чехии Гауснер и Кочовой. Сущность метода состоит в том, что пациенты погружаются в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы. Это способствует самораскрытию, самоутверждению, поиску своего места в жизни через ощущение всего природного, древнетрудового, язычески-праздничного.

Немецкий психотерапевт иранского происхождения Н. Пезешкиан (1992), получивший профессиональное образование на Западе и сохранивший при этом глубокое знание восточной культуры, отметил господство в европейской культуре ориентации на высокую производительность труда, преуспевание и карьеру, в то время как межличностные отношения отступают на второй план. Разум и интеллект здесь ценятся больше, чем фантазии и интуиция. С целью преодоления этой, по его мнению, односторонности, обусловленной различием культурно-исторических условий, Н. Пезешкиан разработал специальный транскультурный подход, предусматривающий использование восточных историй в качестве вспомогательного средства, облегчающего общение психотерапевта с пациентом. Восточные притчи с их иррациональностью представляют собой разительный контраст с целесообразностью, рационализмом, техницизмом современного индустриального общества и дают большой простор фантазии и интуиции для обогащения опыта пациента в разрешении внутриличностных конфликтов.

Перспективы развития психотерапии. Наступившее тысячелетие с его стремительными темпами технологических изменений и социальных преобразований открывает новые возможности и перспективы перед психотерапией как универсальной развивающей практикой. По оптимистическому прогнозу W.H. Silverman (2000), который вполне реален, так как основывается на анализе современ-

ных тенденций общественного развития, психотерапию в третьем тысячелетии ждут революционные изменения, в числе которых – ее интеграция, специализация, расширение возможностей, культурное разнообразие, отсутствие границ для сфер ее деятельности. В связи с этим В.Я. Семке с соавт. (2001) справедливо прогнозируют в третьем тысячелетии бурное развитие наиболее важных разделов науки о человеке, в частности этнопсихологии и этнопсихотерапии, которые, по их мнению, ожидают крупные революционные события. Х. Пезешкиан (2000) вообще считает, что XXI век будет веком решения культурных проблема и станет эрой транскультурной психотерапии. Монокультурная психотерапия, по мнению германского ученого и практика, не найдет в ближайшем будущем никакого применения. Психотерапии начинают придавать, помимо лично интегрирующей и оздоравливающей функции, важную социально-психологическую роль. В США считается, что в рамках этнополитического подхода психолого-психотерапевтическое сообщество может многое сделать для формирования коллективной идентичности общества, которое рассматривается как многорасовая и многоэтническая демократия (L. Comas-Diaz, 2000).

Обзор современного состояния психотерапии в условиях поликультурной среды показывает, что ее эффективное проведение становится немыслимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности.

Психотерапевтическая теория и практика в мире начинают приобретать все более культурно ориентированный характер, в большей степени отвечающий потребностям представителей неевропейских общин. Приходит осознание того, что классические западные методы психотерапии нацелены в первую очередь на носителей европейской культуры и сознания.

Закономерной ступенью развития психотерапии нам представляется ее транскультурная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества объединяющих большое разнообразие культур.

Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, которые имеют универсальный общечеловеческий характер.

4.4. Организация исследования психического здоровья в Чувашии

Материал данной части монографии основан на выборочном исследовании больных непсихотическими формами психических и поведенческих расстройств, обратившихся за помощью в Чувашский республиканский психотерапевтический центр в г. Чебоксары в течение года. Из 1976 чел. были отобраны 916 больных в возрасте старше 18 лет (I клиническая группа). Аналогичные критерии для больных возрастной категории до 18 лет использовались при формировании II клинической группы с непсихотическими формами психических расстройств (361 ребенок и подросток). Данные исследовательские группы, общей численностью 1277 больных, являются репрезентативными выборками генеральной совокупности всех больных пограничными расстройствами, выявленными в Чувашии.

В числе больных I клинической группы были 330 мужчин (36,0%) и 586 женщин (64,0%) в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст обследованных составил $35,05 \pm 13,84$ года (средний возраст мужчин – $36,21 \pm 14,52$ года, женщин – $34,43 \pm 13,37$ года). 85,0% обследованных проживали в городе, 15,0% – в сельской местности. У 50,5% установлены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, 36,4% – органические непсихотические расстройства, 6,7% – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, 3,4% – аффективные непсихотические расстройства, 3,0% – поведенческие синдромы. II клиническая группа была представлена 200 детьми и подростками мужского (55,4%) и 161 – женского пола (44,6%), 57 жителями села (15,8%) и 304 – города (84,2%) в возрасте от 3 до 17 лет. Средний возраст обследованных составил $9,46 \pm 3,45$ года. У 53,7% из них установлены нарушения психологического развития, поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся преимущественно в подростковом возрасте, 26,6% – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, 15,3% – органические непсихотические расстройства, 1,7% – расстройства личности и поведения. Большинство обследованных родителей детей и подростков этой группы были матерями (88,1%, или 318 чел.) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $36,9 \pm 6,8$ года). Для предотвращения появления систематических ошибок из 717 человек общей популяции населения Чувашии в возрасте от 18 до 65 лет была сформирована контрольная группа.

Этническая идентичность больного устанавливалась на основании субъективных данных его самоопределения, этнический статус

определялся в соответствии с объективной категорией этничности по этнической принадлежности родителей, месту рождения, языку, культуре (Стефаненко Т.Г., 2003). В связи с этим были определены две моноэтнические группы – этнических чувашей и этнических русских, чья этническая самооценка совпадала с национальностью обоих родителей. Больные из биэтнической группы происходили из гетероэтнических семей и идентифицировали себя с национальностью одного из родителей. Больные из дизэтнической группы идентифицировали себя с национальностью, которая не соответствовала реальной этнической принадлежности ни одного из родителей.

Методы исследования. Клинико-психопатологический метод был основан на систематизированном сборе анамнестических сведений о жизни и психопатологических проявлениях больных. Экспериментально-психологический метод базировался на целенаправленном использовании для выявления особенностей психической деятельности обследуемого стандартизованных психодиагностических методик: Я-структурного теста Аммона (Ich-Struktur Test von G.Ammon, ISTA); методики оценки психического здоровья (МОПЗ); опросника выраженности психопатологической симптоматики, SCL-90 (S. Derogatis, 1973); опросника исследования самоотношения личности В.В. Столина (МИС); индикатора копинг-стратегий Д. Амирхана (J.Y. Amirkhan, 1990) в адаптации В.М. Ялтонского (1995) и Н.А. Сироты (1994); методики Э. Хайма (E. Heim, 1988); опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1990); методики многостороннего исследования личности (ММИЛ), адаптированной Ф.В. Березиным с соавт. (1994); шкалы депрессии Зунга (W.W.K. Zung, N.C. Durham, 1965). Клинико-психологический метод позволял интегрировать всю полученную в результате психодиагностического обследования больного информацию, относящуюся к истокам его психопатологических проявлений, на основе конкретизации представлений об уникальных и устойчивых паттернах переживаний, поведения, особенностей личности, наиболее значимых аспектах его субъективной жизненной истории и системы отношений (Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова, 2003). Собранная информация обрабатывалась методами математической статистики при помощи пакетов программного обеспечения анализа данных Statistica (версия 6.0) и Biostatistics (версия 4.03), что помогло построить систему доказательств для основных положений данного исследования.

Этнокультурные проблемы психического здоровья здесь изучались с позиций рассмотрения этничности как разделяемой членами группы общности с определенными биологическими и культурно-

историческими характеристиками, обусловленными природными и социальными детерминантами. В таких исследованиях большое значение приобретает необходимость знакомства с этнокультурными особенностями региона проживания исследуемой группы населения.

Этническая демография Чувашии определяется тем, что на фоне многонациональной структуры населения наиболее крупными этносами здесь являются чуваша, относящиеся к тюркам (67,7%), и русские (26,5%) – крупнейшие представители славян (Итоги Всероссийской переписи населения 2002 г., 2004). В республике проживает 54,3% всех чувашей России, остальные дисперсно рассеяны по России и сопредельным странам. Чувашское население равномерно представлено в городах (50,2%) и на селе (49,8%), русское – в городах (87,6%). Различий по возрасту между двумя этническими группами не отмечено. Подавляющее большинство чувашей владеет русским языком (95,6%). Доля русского населения, владеющего чувашским языком, составляет 4,8%. Почти каждый шестой чуваш (14,2%) не знает чувашского языка. В целом чувашским языком владеет только 60,7% населения республики, из них чуваша составляют 95,7%, русские – 2,1%.

Предки современных чувашей, выйдя на рубеже новой эры из степных районов Центральной Азии и пройдя через Северный Кавказ и Приазовье, расселяются на территории Средней Волги в VII-VIII вв. Здесь ими основывается первое средневековое государство региона – Волжская Болгария. В период монгольского нашествия государственность болгаро-чувашей теряется, что сопровождается процессом интенсивного смешения с местным финно-угорским и пришлым тюркским населением.

Формирование чувашей, как консолидированной этнической общности, относится к периоду существования Казанского ханства. После его падения и присоединения к Московскому государству влияние татаро-мусульманской культуры в регионе сменяется воздействием русско-христианского культурного мира. Массовая христианизация чувашей в XVII-XIX вв. ослабляет самобытность культурного развития и снижает роль этнического начала.

В советский период чуваша получают государственность: в 1920 г. в форме автономной области, в 1925 г. – автономной республики. В условиях высоко идеологизированной системы появляются первые национальные кадры, развивается промышленность, формируется национальная система образования и культуры. В послевоенные годы в республике большое распространение получает национальный нигилизм и пренебрежение к чувашской культуре и языку (В.П. Иванов, 2004).

В конце XX в. на фоне бурных социально-политических преобразований в России в Чувашии вводится институт президентства, в качестве государственных языков утверждаются чувашский и русский. Одновременно происходит социально-имущественное расслоение общества и усиление общей социальной напряженности.

Несмотря на длительное и тесное взаимодействие с соседними народами, в чувашской культуре сохраняются определенные отголоски многовековых традиций. В пище чувашей традиционно преобладают продукты растительного и молочного происхождения. Одним из важных ритуальных напитков является *сăра* (пиво). Еще одной особенностью является четкая иерархическая структура чувашской семьи. Главой ее и сейчас часто считается мужчина, которому подчиняются все члены семьи. Женщина является главой семейного культа и хранительницей семейных традиций и обрядов. Младший сын, как правило, остается с родителями как наследник, хотя нередко молодое поколение стремится жить отдельно. Разводы до сих пор часто считаются недопустимыми, но при деспотичном отношении уход женщины от мужа оправдывается.

Население Чувашии в целом отличается большей традиционностью и консерватизмом за счет преобладания в его структуре женщин, жителей села, невысокого уровня образования и доходов в сравнении с общероссийским. Численный состав населения и специфика культурно-исторического развития региона обуславливают формирование бикультурной ситуации, основанной на многовековом интенсивном взаимодействии двух культур – чувашской и русской, что проявляется во всех сферах социальной жизни человека.

Подводя итоги главы, стоит признать, что анализ вариантов нарушения психической адаптации и соответствующих им защитно-компенсаторных механизмов объясняет полиморфизм клинических проявлений психопатологии пограничного уровня прежде всего через связь с социально приемлемыми в конкретном обществе формами выражения дистресса. Также становится вполне понятно, что эффективное применение психотерапевтических методов лечения психических расстройств и их профилактики в условиях полиэтнической и трансформирующейся действительности требует их полноценной верификации на соответствие социокультурным реалиям общества.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЧУВАШИИ

В основу изучения клинических и психологических особенностей психического здоровья в Чувашии положены результаты исследования 916 больных непсихотическими формами психических расстройств, рассматриваемых здесь в качестве пограничных. Традиционная российская классификация клинических форм пограничных состояний, включающих невротические реакции, невротические состояния, невротическое развитие личности, психопатии, акцентуированные личности и патохарактерологическое развитие личности (Ю.А. Александровский, 2000), несколько расширена за счет группы неврозоподобных (псевдоневротических) и психопатоподобных (псевдопсихопатических) состояний. На наш взгляд, это вполне правомерно, поскольку ППР не относятся к категории исключительно психогенных нарушений, а объединяют состояния, характеризующиеся единством биологических и социально-психологических механизмов, определяющих адаптированную и дезадаптированную деятельность (Ю.А. Александровский, 2000).

Рассмотрение клинической картины ППР проводится не изолированно, а в связи со сложным многозвенным характером воздействующих факторов, а также особенностями структуры личности больного и спецификой реализации ею компенсаторно-приспособительных механизмов. Закономерным результатом такого изучения становится построение клинико-психологической модели психической адаптации личности, которая отражает ее сложный динамический характер и функциональные возможности организма по восстановлению.

5.1. Особенности клинических проявлений психических расстройств

Общие клинические особенности. Психические нарушения у исследуемых больных в возрасте старше 18 лет представлены широким спектром, включающем невротические (НР), аффективные (АР), неврозоподобные (НПР), поведенческие расстройства (ПР) и расстройства зрелой личности и поведения (РЛП).

По данным анамнестического обследования больных, психопатологическая отягощенность наследственности шизофренией, алкоголизмом, умственной отсталостью, аффективными расстройствами, другими психическими расстройствами прослеживается у каждого четвертого (24,9%). Отягощенная наследственность в наибольшей степени выявляется при РЛП ($z=2,662$; $p=0,008$), в наименьшей – при АР ($z=2,997$; $p=0,003$).

У 23,1% больных в детско-подростковом возрасте отмечались эпизоды тиков, мутизма, энуреза, фобий, депрессий, повышенной возбудимости, дисморфофобий, гиперактивности, других вариантов психической дезадаптации. Их связь с актуальным психическим расстройством чаще прослеживается также при РЛП ($z=4,061$; $p=0,0001$).

Преобладающей личностной характеристикой больных является нестабильная (55,8%) или низкая (38,9%) самооценка. Причем НПП характеризуются более позитивным восприятием собственной личности ($z=4,457$; $p=0,0001$), а ПР – отсутствием стабильности в самооценке ($z=3,209$; $p=0,001$).

Тревожность, как личностная черта, наблюдается у каждого шестого больного (16,4%), чаще при АР ($z=2,223$; $p=0,026$) и РЛП ($z=4,715$; $p=0,0001$). У подавляющего большинства больных тревожность носит ситуативный характер (81,6%).

Обращает на себя внимание тот факт, что реагирование в стрессовых ситуациях более чем у половины больных имеет аутоагрессивную направленность (65,5%), в то время как каждый пятый склонен к аутично-агрессивным действиям (22,3%), каждый десятый – к экспрессивной направленности деструктивного поведения (9,8%).

Если при стрессе для НР характерно аутоагрессивное поведение ($z=4,156$; $p=0,0001$), то для НПП и ПР – аутично-агрессивные действия ($z=8,124$; $p=0,0001$ и $z=6,219$; $p=0,0001$ соответственно). При РЛП наблюдается сочетание агрессии, обращенной на себя, с агрессией, обращенной на окружающих. У больных с АР аутодеструктивное реагирование сопровождается аутичной ориентацией поступков.

У подавляющего большинства больных развитию психической дезадаптации способствуют преимущественно психогенные факторы (81,4%), что больше свойственно больным с НР ($z=4,800$; $p=0,0001$). Экзогенный характер заболевания четко прослеживается при НПП ($z=20,873$; $p=0,0001$). Наиболее распространенной сферой возникновения психотравмирующей ситуации для всех больных являются семейно-бытовые проблемы (79,0%).

Около половины больных обращаются за медицинской помощью в течение четырех месяцев после начала заболевания (46,0%). Среди

них «лидируют» больные НР ($z=3,310$; $p=0,0001$). В течение года с момента осознания наличия проблем с психическим здоровьем обращаются к врачу и психологу при РЛП ($z=3,261$; $p=0,001$). Каждый десятый больной обходится без медико-психологической помощи на протяжении пяти лет (11,4%), что особенно характерно для ННР ($z=11,709$; $p=0,0001$).

Ведущим клиническим синдромом у каждого третьего больного является депрессивный синдром непсихотического регистра (30,1%). Депрессивные нарушения являются ключевыми не только в клинике АР ($z=4,767$; $p=0,0001$). Наряду с невротическим и неврозоподобным синдромами они формируют психопатологическую картину НР.

Собственно невротический спектр психических нарушений в виде неврастенических, истерических, обсессивно-фобических, тревожных, ипохондрических, соматоформных, других симптомов определяется у 28,1% больных. Помимо НР он не менее часто встречается и при РЛП ($z=0,309$; $p=0,758$).

Астенические, вегетативные, диссомнические, цефалгические, другие проявления объединяются у 27,1% больных в неврозоподобный синдром, который является центральным для ННР ($z=18,026$; $p=0,0001$) и ПР ($z=3,890$; $p=0,0001$).

У 13,7% больных клиника психических нарушений обусловлена симптомами психопатического или психопатоподобного синдрома (паранойальный, шизоидный, возбудимый, истерический, тревожный, ананкастный, зависимый типы), характерного преимущественно для РЛП ($z=4,167$; $p=0,0001$).

Динамика психического расстройства закономерно сопровождается снижением способности эффективно использовать трудовые возможности личности. Снижение трудоспособности у 63,9% больных носит в основном умеренный характер, что более свойственно больным с НР ($z=3,830$; $p=0,0001$). С другой стороны, у каждого четвертого больного (24,1%), преимущественно с ПР ($z=6,350$; $p=0,0001$), трудоспособность сохранена. Резкое снижение трудовых возможностей отмечается только в 8,8% случаев и чаще наблюдается при АР ($z=3,267$; $p=0,001$) и ННР ($z=9,107$; $p=0,0001$).

Тем не менее у большинства больных присутствуют очевидные признаки трудовой дезадаптации. Так, продолжение трудовой деятельности при НР сопровождается ростом числа ошибок и просчетов в работе ($z=3,041$; $p=0,002$), при РЛП – дисциплинарными нарушениями ($z=2,833$; $p=0,005$), при ННР – снижением способности выдерживать темп и ритм сменной работы ($z=8,1402$; $p=0,0001$).

Наряду с трудовой дезадаптацией у 75,6% больных определяются основные признаки снижения социальной продуктивности. Так же, как и при трудовой дезадаптации, они в меньшей степени встречаются при ПР ($z=6,272$; $p=0,0001$). При этом социальная дезадаптация в период заболевания по-разному проявляется в клинических группах ППР. К примеру, безучастность, безынициативность, утрата прежних интересов чаще наблюдается при НПР ($z=5,151$; $p=0,0001$), конфликтность, агрессивность – при НР ($z=3,363$; $p=0,0001$), антисоциальное поведение – при РЛП ($z=4,801$; $p=0,0001$).

Клинико-психопатологические особенности. При оценке с помощью методики SCL-90 психологического статуса здоровых испытуемых определяется значимое доминирование признаков соматизации и враждебности. Фобические признаки тревоги и паранойяльные симптомы в нормативной группе получают минимальную выраженность.

У больных прежде всего обращает на себя внимание доминирование симптомов депрессии (1,61 балла) и тревоги (1,55 балла). Причем тревожная симптоматика имеет большие показатели прироста ($t=-29,98$), чем депрессивная ($t=-28,83$).

Наряду с этим весомую положительную динамику получают обсессивно-компульсивные симптомы ($t=-27,69$). Наименьшие различия со здоровыми определяются у больных по признакам враждебности ($t=-17,74$) и дополнительным вопросам, не относящимся ни к одному из указанных расстройств ($t=-13,78$).

Более того, результаты дисперсионного анализа позволяют выделить четкие различия между клиническими группами ППР в области проявлений и выраженности психопатологической симптоматики. Так, наибольшей выраженностью патологических симптомов психического расстройства характеризуется группа АР, общий индекс тяжести которой составляет $1,82 \pm 0,60$ балла, тогда как психопатологическая симптоматика ПР определяется минимальными показателями тяжести – $0,85 \pm 0,48$ балла.

Уровень депрессии в клинических группах также существенно различается. Его максимальные значения определяются при АР, что вполне объяснимо, и при РЛП, что соответствует общей тяжести состояния больных.

Сочетание доминирующих в клинической картине психического расстройства симптомов помогает выделить базисный для данной группы расстройств спектр психопатологических синдромов. В случае НР – это прежде всего тревожно-депрессивный синдром с диссомническими нарушениями в виде затрудненного засыпания и прерывистого сна. Неадекватное жизненным обстоятельствам пониженное на-

строение в сочетании с беспокойством, внутренней напряженностью, ощущениями страха, достигающими уровня паники, гипертрофирует чувство вины, актуализирует мысли об умирании и смерти.

При АР основную роль также играет депрессивный синдром. Состояние печали, упадка духа, неспособность радоваться, мрачность, подавленность, ощущение уныния затрагивает практически все сферы жизни личности. Тревожные импульсы, необоснованные упреки к себе и суицидальные мысли здесь могут носить навязчивый характер, плохо поддаваться сознательному контролю переключением внимания на другие предметы и приводить к выраженным нарушениям сна.

НПР лучше всего рассматривать через призму соматических эквивалентов тревоги в структуре обсессивно-компульсивного синдрома. При этом наблюдающиеся нарушения количества, качества и времени сна, включающие трудности засыпания и пробуждения в состоянии сна, сочетаются с признаками легкой когнитивной дисфункции. Затруднения мышления, концентрации внимания и негрубые мнестические симптомы могут возникать в ситуациях принятия решений по простым вопросам, при необходимости удержания в сознании одновременно нескольких элементов информации.

Для ПР характерна тесная взаимосвязь признаков межличностной сенситивности и обсессивно-компульсивных симптомов. В основе данной комбинации лежит навязчивое ощущение личностной неадекватности и неполноценности, проявляющееся привычным самоосуждением, чувством беспокойства и ощущением дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия. Излишняя озабоченность собственными действиями в прошлом способна вызывать неадекватные и неконтролируемые болезненные переживания в настоящем.

При РЛП в качестве доминирующих в клинической картине заболевания синдромов определяются обсессивно-компульсивный и депрессивный. Депрессивные проявления здесь больше наполнены дисфорическим и аффективным содержанием. Сознание крайне подвержено навязчивым идеям, образам, импульсам, противостоять которым крайне затруднительно. Чувство вины, связанное с реально совершенными действиями и ошибками, явно преувеличено, носит мучительный характер и держится чрезмерно долго.

Клинико-динамическая картина отражает особенности изменения состояния больных в результате терапии. В процессе комплексного лечения, в рамках полипрофессионального бригадного взаимодействия специалистов, обследованные больные проходят индивидуальную, групповую психотерапию (95,6%) и психологическую коррекцию (71,7%), получают психофармакотерапию (46,1%), ма-

нуальную терапию (18,9%), рефлексотерапию (15,4%) и физиотерапию (8,3%).

Психотерапия и психологическая коррекция находят наибольшие точки приложения при ПР и НР. Психофармакотерапия достоверно чаще используется при РЛП ($z=7,129$; $p=0,0001$) и АР ($z=4,817$; $p=0,0001$). Мануальная терапия ($z=10,180$; $p=0,0001$), рефлексотерапия ($z=6,358$; $p=0,0001$) и физиотерапия ($z=10,137$; $p=0,0001$) – более востребованы при НПП.

Следует отметить, что у большинства больных отмечена положительная терапевтическая динамика в виде стойкого клинического улучшения (67,0%). Полное выздоровление определяется только при НР (21,1%) и ПР (4,2%). В 6,0% случаев лечения НПП регистрируется ухудшение состояния больных. Доля больных, прервавших лечение, составляет 10,0%. Наибольшая резистентность к терапии определяется у больных с РЛП ($z=3,343$; $p=0,0001$).

Направленность динамики патологической симптоматики у больных после лечения характеризуется следующими видами положительных изменений: слабая интенсивность, редкие проявления (75,3%), отсутствие проявлений (8,1%). Наиболее полное устранение психопатологической симптоматики наблюдается при лечении АР ($z=2,126$; $p=0,034$). Частичная сохранность симптомов в большей степени характерна для НПП ($z=5,604$; $p=0,0001$).

Понимание больными психологических механизмов возникновения расстройства в большинстве случаев достигает уровня осознания связи имеющегося заболевания и нервно-психического напряжения (73,6%). Оно предельно выражено у больных с ПР и НР. При РЛП чаще происходит осознание больными связи имеющегося заболевания с патологическими особенностями собственной личности ($z=5,880$; $p=0,0001$). Полное осознание роли собственной личности в происхождении конфликтных для больного ситуаций достигается только у 2,2% больных.

Наиболее распространенной после терапии динамикой нарушенных отношений личности являются изменения в области отношения к болезни и лечению, отмечаемые у 68,1% больных (преимущественно с НР и ПР). Изменения только в сфере актуальной конфликтной ситуации определяются у 11,6% больных, во всех значимых сферах личности с их значительной перестройкой – у 5,7%.

Результаты лечения не могут не затронуть и сферу социально-профессиональной адаптации личности. Минимальные изменения в этой сфере выявляются при ПР ($z=3,321$; $p=0,0001$). В то же время у трети больных (преимущественно с НР) наблюдается частичное восстановление доболезненного уровня. Полностью восстанавливает свой

доболезненный уровень каждый пятый больной, больше при НР и АР, превосходит доболезненный уровень социально-психологической адаптации 1,4% всех больных.

Лечение не оказывает существенного влияния на профессиональную динамику. Большинство больных при всех видах психических нарушений сохраняют свой прежний трудовой статус (63,5%). Часть больных НР и ННР – снижает его (9,4%), меньше – повышает (6,1%).

Субъективная оценка уровня социального функционирования после лечения с позиций самого больного свидетельствует о доминировании умеренной удовлетворенности (70,8%), больше характеризующей больных НР и ПР. Более позитивное восприятие своего состояния после лечения отмечают 15,2% больных, представляющих все клинические группы. Больные с выраженной удовлетворенностью собственным социальным функционированием отмечают только при НР.

В заключение можно отметить, что клиническая картина ПНР в большей мере определяется проявлениями депрессивных и тревожных нарушений, часто сопровождающихся аутоагрессивной направленностью. В развитии психодезадаптивных состояний установлена ведущая роль психогенных факторов, накладывающихся на биологически неполноценную «почву» организма больного. При этом более тяжелый уровень психических нарушений и более скромные результаты лечения выявляются при АР и РЛП.

5.2. Психодинамическая структура личности исследуемых

Формирование психических расстройств несомненно отражает изменения со стороны личности, как сложного многоуровневого структурного образования, ядром которого, обеспечивающим ее целостность, является Я-идентичность.

Развитие личности, непрерывающийся процесс взаимодействия индивида с окружающей средой сопровождается преобразованием его Я-идентичности либо в позитивном направлении, в сторону здоровья, либо, наоборот, в негативном направлении, в сторону патологической личностной трансформации. В ситуации психической дезадаптации в психодинамической структуре личности может наблюдаться рассогласование ее центральных бессознательных функций (агрессии, страха, сексуальности, нарциссизма, внешнего и внутреннего Я-отграничения), опосредованное телесными особенностями индивида и социокультурными характеристиками среды.

Общая характеристика. Наличие нормативных данных методики ISTA и МОПЗ, характеризующих центральные психические функции личности, позволяет оценивать направленность и глубину рассогласованности личностных структур у больных. При ППР остаются сохранными лишь единичные структуры личности. В частности, это конструктивная функция страха ($t=1,12$) и деструктивная функция сексуальности ($t=1,53$). Остальные функции имеют значимые отклонения от нормы.

Наиболее яркой характеристикой личностного дисбаланса больных является нарушение регуляции отношений с внешним миром. Максимально высокие значения деструктивного внешнего Я-ограничения ($t=-12,21$) свидетельствуют об аффективной закрытости, эмоциональном дистанцировании и ригидности в интерперсональной коммуникации. В то же время дефицит агрессии проявляется уступчивостью, излишней зависимостью, тенденцией к избеганию противоречий ($t=-10,09$).

Личности больного явно недостает позитивного самопринятия, основанного на адекватной самооценке и опыте конструктивных межличностных отношений ($t=9,78$). Доминирование деструктивного страха за счет переоценки реальных угроз приводит к избеганию всего неизвестного (от неожиданных ситуаций до новых контактов), является причиной панических реакций ($t=-9,37$).

Стандартизованные шкальные групповые оценки больных по отношению к нормативному интервалу распределения популяционных показателей индексов α и β свидетельствуют о том, что групповая оценка их психического здоровья, с одной стороны, находится в нормативном для общероссийской выборки интервале, с другой – значительно превышает ($p<0,001$) аналогичные показатели здоровой выборки в Чувашии.

Анализ значений шкал МОПЗ помогает выявить, что пограничные расстройства сопровождаются психической дезадаптацией по всем интегральным показателям – снижением конструктивности ($t=8,35$), ростом деструктивности ($t=-11,02$) и дефицитарности ($t=-10,63$), что выводит на первый план, прежде всего, психопатологическую стигматизацию, а уже затем – недостаточность психической активности и адаптационного потенциала личности.

Возрастные особенности. Анализ стандартизованных групповых показателей индексов α и β МОПЗ указывает на те возрастные периоды, когда соотношение структуры личности больных сопровождается максимальной степенью психосоциальной дезадаптации.

В данном исследовании определено, что крупным кризисным периодом является возраст 30-39 лет, когда наблюдается нарушение соотношения как значения адаптационных ресурсов и выраженности психопатологических проявлений ($T_{\alpha}=-11,47$), так и значения адаптационного потенциала и уровня психической активности личности ($T_{\beta}=-10,16$). Данные нарушения соответствуют так называемому «кризису среднего возраста» и больше связаны с преобладанием деструктивных тенденций личности ($F=4,82$).

Еще один период дисбаланса уровня адаптационных возможностей личности и ее психической активности приходится на возраст после 50 лет ($T_{\beta}=-11,06$). В большинстве своем он связан с этапом завершения трудовой деятельности и переходу к периоду меньшей социальной востребованности. Неудивительно, что в таких случаях в клинико-психологической картине личности больных будет доминировать дефицитарный блок ($F=6,15$).

Более подробное изучение возрастных особенностей структуры личности при ППП показывает, что наиболее выраженные различия наблюдаются по шкалам деструктивной ($F=9,79$) и конструктивной ($F=7,92$) сексуальности, дефицитарного внешнего ($F=7,74$) и внутреннего ($F=7,54$) Я-отграничения. При этом для больных 30-39 лет больше характерно образование своеобразных деструктивно-дефицитарных комплексов по функциям страха ($t=4,28$; $t=3,48$) и внутреннего Я-отграничения ($t=4,62$; $t=7,54$) с доминированием деструктивных проявлений. Такие больные тревожны, нерешительны, робки, склонны к вегетативным реакциям. В то же время они излишне рациональны, педантичны и не способны к глубоким переживаниям.

У больных в возрасте после 50 лет центральное место начинают занимать дефицитарные функции агрессии ($t=2,70$), внешнего Я-отграничения ($t=7,74$), нарциссизма ($t=2,89$). Они становятся пассивными, больше живут в мире воспоминаний, опираются на опыт прошлого, мало связанный с реальностью. Ориентированы на получение заботы, внимания, поддержки, жестко включены в систему групповых норм и ценностей.

Уход сексуальности из сферы актуального, вплоть до полного отказа от нее ($t=6,01$), также негативно сказывается на целостности психической активности личности.

Гендерные особенности. Сравнительный анализ гендерных характеристик структуры личности у больных способствует уточнению психологических особенностей поло-ролевых соотношений.

Здесь обращают на себя внимание дефицитарные агрессивность ($t=-8,94$) и внешнее отграничение ($t=-7,12$), а также деструктивный

нарциссизм ($t=-7,33$). В соответствии с этим женщины пассивны, конформны, зависимы, ориентированы на окружающих, склонны сдерживать свои эмоциональные реакции, активным действиям предпочитают иллюзорные переживания. Их самооценка нестабильна и противоречива, за счет чего под постоянной угрозой пребывают их межличностные отношения, в которых они нередко манипулируют партнером.

Значительные различия по структурным характеристикам личности между мужчинами и женщинами наблюдаются по подавляющему числу шкал, что можно рассматривать, как мощное влияние гендерного фактора. Течение ППР не оказывает влияния только на три центральные Я-функции: деструктивную агрессию ($t=-0,10$), конструктивный страх ($t=1,33$) и деструктивную сексуальность ($t=0,65$). В противоположность этому общим для мужчин и женщин с ППР структурным сдвигом является отсутствие значимых различий по высоким параметрам дефицитарного страха и низким значениям конструктивного нарциссизма. Этим и объясняется бедность их эмоциональной сферы, неспособность к глубоким переживаниям ($t=-1,04$), резкая чувствительность к критике, с одной стороны, и нетерпимость к недостаткам окружающих – с другой ($t=-0,27$).

Сравнение уровней психического здоровья у мужчин и женщин с ППР показывает, что, несмотря на их значительные отклонения от показателей нормы, уровень психического здоровья у женщин значительно ниже, чем у мужчин. Наибольший вклад в эти различия вносит шкала дефицитарности, интегральные функции которой больше представлены именно у женщин ($t=-7,65$) и которая отражает дефицитарные компоненты личностных реакций.

Для женщин характерна также меньшая конструктивность или адаптивность ($t=4,34$) и большая деструктивность, определяемая выраженностью психопатологической симптоматики ($t=-5,05$), что подтверждается стандартизованными шкальными групповыми оценками T_{α} ($-10,85$) и T_{β} ($-10,07$), выходящими за пределы нормативных параметров.

Уровень урбанизации населенного пункта, в котором проживает больной, гораздо в меньшей степени связан со структурными особенностями личностной дезадаптации. Так, например, 11 показателей ISTA из 18 не имеют никакого отношения к урбанизационному типу поселения, в котором проживает больной, что отражает преобладание общих механизмов формирования нарушений психосоциального функционирования.

Тем не менее по ряду показателей у жителей города и деревни имеются определенные различия в личностных характеристиках. В частности, у жителей сельской местности больше выражены деструк-

тивная сексуальность ($t=-3,63$) и дефицитарный страх ($t=-3,24$), проявляющиеся сниженным чувством тревоги, склонностью к необоснованному риску, эмоциональному обесцениванию взаимоотношений и, как следствие, – отчужденному и фрагментированному отношению к сексуальной активности, не приносящей позитивных ощущений.

У больных из села часто нарушена функция внешнего и внутреннего Я-отграничения. Нередко она носит деструктивную или дефицитарную направленность и может быть описана такими личностными чертами, как эмоциональная скованность, ригидность, повышенный контроль экспрессивности ($t=-2,23$), педантичность и рациональность ($t=-2,12$), либо наоборот – импульсивность, слабость эмоционального контроля, непоследовательность ($t=-2,65$). Высокие значения шкалы деструктивного нарциссизма приносят сюда больше нестабильности самоотношения, сдержанности, аспонтанности ($t=-2,30$). Позитивным качеством больных, определенно отражающим проживание в сельской местности, является прагматизм, способность реальной оценки глубины ситуации, в том числе опасной, устойчивость к экстремальным воздействиям ($t=-2,88$) – все то, что объединяется в конструктивной функции страха.

В интегральной оценке уровня психического здоровья у жителей города и деревни с ППР через сравнение стандартизованных шкальных средних групповых оценок обнаруживаются различия по T_{α} (-10,07).

Объяснением данных результатов является факт преобладания у сельских жителей блока общей деструктивности ($t=-2,33$), отражающего выраженность клинических проявлений психопатологической симптоматики.

Этнокультурные особенности. Неоднородность исследуемой выборки больных по этнокультурному статусу нашла отражение в особенностях психологической структуры личности. Доминирующие различия между этнокультурными группами выявлены по следующим структурам: дефицитарной сексуальности ($F=10,72$), дефицитарному внешнему отграничению ($F=10,67$), деструктивной агрессии ($F=8,93$). Упомянутые высоко значимые и другие, в меньшей степени выраженные, различия очерчивают динамическую структуру личности, во многом определяемую этнокультурными особенностями.

Личностные особенности больных из группы этнических чувашей во многом обусловлены функциональным интрапсихическим дефицитом. Характер взаимодействия в межличностных отношениях здесь может быть описан через дефицитарную наполненность агрессии ($F=7,98$), внешнего ($F=5,78$) и внутреннего ($F=3,01$) Я-отграничения, сексуальности ($F=10,72$).

Подобное соотношение личностных структур способствует развитию таких качеств, как социальная пассивность, пессимизм, избегание конфликтов и конфронтации, гиперсоциальная направленность. Противоречивость чувств, образов, мыслей может сопровождаться ощущением собственного бессилия, неспособностью к волевой регуляции психической активности. Неприятие собственной и чужой телесности приводит к тому, что любой сексуальный контекст игнорируется, а в лучшем случае воспринимается как проявление «низменных» инстинктов. Непосредственный физический контакт здесь чаще носит вынужденный характер. Именно поэтому он лишен глубокого эмоционального содержания, механистичен по своей сути и ни в каких из своих проявлений не ориентирован на живое человеческое общение.

В структуре личности больных из группы этнических русских выявлено снижение конструктивных ресурсов. Прежде всего это касается таких функций, как агрессия ($F=2,96$), внутреннее Я-отграничение ($F=2,91$) и сексуальность ($F=5,96$).

Недостаточная конструктивность агрессии на фоне повышения ее деструктивного и дефицитарного начал отражается у больных этой группы в общем снижении активности, неспособности к продуктивному диалогу, отсутствии мотивации к изменению жизненных условий. Проблемы с определением внутренних границ личности здесь могут проявляться нарушением точной дифференцировки и регуляции эмоциональных состояний, расплывчатостью временных границ, затруднением в продуктивной психической концентрации, что затрагивает и интимную сферу. Сексуальная активность при этом либо снижена, либо излишне стереотипизирована и обеднена. Восприятие партнера происходит вне контекста реальных взаимоотношений, преимущественно сквозь призму эгоцентризма.

Отличительной личностной характеристикой больных из биэтнической группы является высокий уровень деструктивной агрессии ($F=8,93$) и дефицитарного страха ($F=5,10$). Подобное нарушение личностной структуры актуализирует у больного такие характеристики, как недоброжелательность, враждебность, конфликтность. Неспособность длительное время сохранять дружеские и партнерские взаимоотношения, аффективная ригидность, жестокость и злопамятность в сочетании с резким снижением ситуативной тревожности и склонностью к риску и экстремальным ситуациям не только действуют разрушительно на межличностные отношения, но и несут непосредственную физическую угрозу самому больному.

С иной стороны проявляются дезадаптивные личностные характеристики больных из дизэтнической группы. В данном случае определяется тесная структурная взаимосвязь между снижением уровня конструктивной агрессии ($F=2,96$) и нарциссизма ($F=6,18$). Проблемной зоной личности здесь в первую очередь будет недостаточная жизненная активность, невысокая способность установления и поддержания продуктивных межличностных отношений. Трудности в формировании и реализации собственных целей и задач, преодолении неблагоприятных жизненных обстоятельств, отстаивании собственного мнения в конструктивной дискуссии тесно взаимосвязаны с негативными представлениями больного о себе, ощущениями собственной малозначимости, болезненным реагированием на оценки со стороны.

Интегральные показатели уровня психического здоровья в этнокультурных группах свидетельствуют о наличии достоверных различий между ними за счет дефицитарного блока ($F=8,13$), который максимально выражен у этнических чувашей и соответствует снижению уровня психической активности ($F=4,02$).

Стандартизованный групповой показатель T_α выходит за пределы нормативного интервала у этнических русских ($-11,69$), что свидетельствует об относительно низком адаптационном потенциале больных данной этнокультурной группы.

Итак, анализ психодинамической структуры личности посредством исследования соотношения интегральных шкал конструктивности, деструктивности и дефицитарности, а также составляющих их центральных Я-функций свидетельствует о глубоких структурных нарушениях личности больных, в происхождении которых важную роль играют возрастные, гендерные, урбанизационные и этнокультурные факторы.

При этом формирование психической дезадаптации у женщин и этнических чувашей определяется превалированием дефицитарных характеристик личности, у этнических русских – снижением конструктивного потенциала, у представителей биэтнической группы – высоким уровнем конфликтности, а у больных из дизэтнической группы – негативным характером представлений о собственной личности. В то же время проявляются и позитивные тенденции. Так, больные, проживающие в сельской местности, обнаруживают наличие конструктивного личностного ресурса в функции страха, что в какой-то мере повышает уровень их адаптивности.

5.3. Структурный анализ копинг-механизмов у исследуемых

Столкновение личности с жизненными проблемными ситуациями, как правило, не ограничивается только мобилизацией ее интрапсихических ресурсов. Адаптивное или неадаптивное совладание с конкретными жизненными обстоятельствами подразумевает те или иные формы взаимодействия с окружающим миром, которые, несмотря на разнообразие ситуаций, являются для личности в определенной мере привычными и устоявшимися. Пограничные нарушения, как и любые другие формы психических расстройств, сопровождаются изменениями в механизмах формирования и непосредственной реализации стратегий совладания. Более точные представления об этом процессе можно получить при сравнительном анализе выборки больных и здоровых, целенаправленно обследованных для получения нормативных данных.

Копинг у больных и здоровых. В соответствии с результатами применения методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана общей характеристикой больных и здоровых является доминирование в их поведении базисной стратегии разрешения проблем, которая отражает возможность личности определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, тем самым отражая способность к адаптации.

Менее выраженной базисной копинг-стратегией в обеих группах является поиск социальной поддержки, который позволяет с помощью разнообразных когнитивных построений, эмоциональных реакций и поведенческих актов, направленных на мобилизацию ресурсов социального окружения, успешно совладать со стрессовой ситуацией.

Минимальные проявления в обеих группах получила базисная копинг-стратегия избегания проблем, которая является неконструктивной и ориентированной исключительно на эмоциональную оценку ситуации и непосредственное управление эмоциями с целью устранения аффективного дисбаланса. Тем не менее, несмотря на одинаковую ранговую представленность перечисленных базисных стратегий у больных и здоровых, совладание при ППП имеет определенную специфику. В частности, для больных характерна достоверно большая выраженность всех форм совладания.

В наибольшей степени это относится к тактике избегания проблем, что вполне адекватно отражает преобладание в поведении при ППП мотивации избегания над мотивацией успеха ($t=7,92$). Более высокие значения стратегии разрешения проблем у больных вернее всего

свидетельствуют об осознании наличия проблем и необходимости их решения ($t=5,38$).

Однако высокие показатели поиска социальной поддержки ($t=5,53$) показывают направленность ожиданий и готовность больных к получению как инструментальной помощи, так и эмоциональной поддержки из своего социального окружения, будь то родственники, члены семьи, друзья, коллеги или специалисты – психолог, психотерапевт.

Низкая конструктивность подобных ожиданий четко проявляется в результатах исследования копинг-поведения по методике Е. Heim. Так, в общей структуре совладания при ППР на когнитивном уровне повышен удельный вес дезадаптивных стратегий ($z=4,87$; $p<0,001$), а вклад относительно адаптивных стратегий снижен ($z=4,05$; $p<0,001$). Если здоровые чаще всего используют такую когнитивную форму копинга, как проблемный анализ ($z=4,31$; $p<0,001$), то больные больше ориентированы на установку собственной значимости ($z=4,92$; $p<0,001$).

Однако данная конструктивная стратегия даже вместе с конструктивной тактикой сохранения самообладания не в состоянии обеспечить общую личностную адаптивность при ППР, поскольку для больных являются более привычными неадаптивные стратегии смирения ($z=5,06$; $p<0,001$) и растерянности ($z=6,33$; $p<0,001$), а также условно адаптивная тактика религиозности ($z=2,13$; $p=0,033$).

Более выраженная картина разбалансированности личностных реакций при ППР прослеживается по методике Е. Heim на эмоциональном уровне.

Общая адаптивность эмоциональной сферы у больных здесь максимально снижена ($z=8,97$; $p<0,001$). Соответственно, отмечен рост дезадаптивных ($z=4,62$; $p<0,001$) и относительно адаптивных ($z=6,34$; $p<0,001$) стратегий. Изначально конструктивный по своему содержанию характер более частых реакций протеста ($z=2,34$; $p=0,049$) здесь минимизируется за счет склонности больных к пессимизму ($z=10,02$; $p<0,001$), самообвинению ($z=2,58$; $p=0,010$), безропотности и покорности ($z=3,43$; $p<0,001$). Также возрастает удельный вес таких состояний, как эмоциональная разрядка ($z=4,74$; $p<0,001$) и пассивная кооперация ($z=3,75$; $p<0,001$), которые свидетельствуют о более дезадаптивной тенденции.

Особенностью копинг-поведения при ППР на поведенческом уровне является отсутствие достоверных различий со здоровыми в плане общего соотношения адаптивных и дезадаптивных стратегий.

В то же время детальный анализ отдельных стратегий показывает, что, если для здоровых более характерна активная тактика сотрудничества ($z=4,61$; $p<0,001$), то при ППР наибольшее значение приобретает такая форма совладания, как обращение за конкретной информации-

ей и непосредственным советом ($z=3,17$; $p=0,002$), чаще всего к специалистам – психотерапевтам и психологам.

Базисные копинг-стратегии. Применение методики «Индикатор копинг-стратегий» Амирхана позволяет получить представления о вариантах соотношения активных и пассивных позиций в совладании со стрессом с учетом социокультурных характеристик личности. В частности, базисная копинг-стратегия разрешения проблем соответствует активной *деятельностно-центрированной* структурной составляющей копинг-процесса и может быть рассмотрена в качестве важнейшего комплекса навыков эффективного поведения личности. Копинг-стратегия поиска социальной поддержки может быть обозначена в рамках *социоцентрированной* личностной ориентации, когда для эффективного решения проблем привлечение ресурсов из внешнего окружения доминирует над активизацией собственных возможностей личности. Однако данная копинг-стратегия не может быть однозначно определена как активный или пассивный подход, так как сочетает в себе элементы обоих. Проявлениям пассивных позиций личности соответствует копинг-стратегия избегания проблем, которая сконцентрирована не на преодолении проблемной ситуации, а на стремлении сохранить аффективное равновесие в ней, и потому может быть обозначена как *эмоциоцентрированный* подход.

Исследование показателей совладания у больных в различные возрастные периоды показывает, что для ППР возрастная динамика копинг-стратегий не характерна. Можно лишь говорить о наличии тенденции к повышению после 60 лет удельного веса деятельностных и социоцентрированных подходов, что отражает готовность личности оптимально использовать активные копинг-стратегии. В то же время отмечается повышение удельного веса поведения, направленного на разрешение проблем, у мужчин ($t=3,64$; $p<0,001$) и жителей села ($t=-2,89$; $p=0,004$), что соответствует тенденциям большей значимости деятельностно-центрированных подходов.

У женщин в сравнении с мужчинами больше удельный вес социоцентрированных стратегий, свидетельствующих о стремлении переложить решение проблем на окружающих или найти социальную поддержку в своем окружении ($t=-2,30$; $p=0,022$).

Сравнение средних значений показаний базисных копинг-стратегий у больных, принадлежащих к различным этнокультурным группам, достоверных различий не обнаруживает, тогда как анализ соотношения выраженности базисных стратегий определяет тенденцию к доминированию деятельностно-центрированного совладания в биэтнической группе и эмоцио-центрированного – в дизэтнической группе.

Когнитивная модальность копинга. Получить интегральную характеристику определенной психической модальности совладающего поведения вполне реально с помощью вводимого нами для этой цели коэффициента адаптивности копинг-стратегий, который является отношением удельных весов адаптивных и дезадаптивных стратегий, определяемых по методике Е.Нейм в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах психической деятельности. Так, динамическая характеристика когнитивной модальности адаптивности наглядно демонстрирует, что максимальная адаптивность при ППР прослеживается в возрасте 50-59 лет, минимальная – 20-29 лет.

Анализ ситуационно-специфических вариантов копинга, связанных с когнитивной сферой психической деятельности, также обнаруживает, что показатели адаптивности копинг-поведения при ППР максимально выражены в возрасте 50-59 лет ($z=2,087$; $p=0,037$), в период максимального жизненного и профессионального опыта на фоне, как правило, сохраняющейся работоспособности и социальной востребованности.

К числу наиболее используемых вариантов копинга здесь относятся только конструктивные стратегии: сохранение самообладания (26,3%), установка собственной значимости (16,3%) и проблемный анализ (15,0%). Наблюдающаяся тем не менее дезадаптация личности в этой группе происходит за счет все возрастающей пассивности, когда многие негативные события начинают рассматриваться в рамках мистического мировоззрения как фатально неизбежные и закономерные, которым целесообразнее всего не противостоять, а смириться ($z=2,230$; $p=0,026$).

В противоположность этому наибольшая дезадаптивность когнитивной составляющей совладания приходится на период 20-29 лет – тот возраст, когда личность чаще всего озабочена проблемами, связанными с получением образования, трудоустройством, формированием семьи и налаживанием собственного быта. Поэтому неудивительно, что у молодых людей данного возраста к числу наиболее частых когнитивных копинг-стратегий наряду с позитивной установкой собственной значимости (18,0%) относится также и неконструктивное состояние растерянности (18,0%), отражающее отсутствие уверенности личности в способности адекватно справиться с актуальными жизненными проблемами ($z=2,326$; $p=0,020$).

Женщины с ППР обладают значительно сниженной адаптивностью, что проявляется увеличением удельного веса дезадаптивных ($z=3,110$; $p=0,002$) и относительно адаптивных стратегий ($z=2,548$; $p=0,011$) и весомым уменьшением ($z=4,898$; $p<0,001$) адаптивных. Состояние когнитив-

ной сферы женщин в стрессовых ситуациях характеризуется потерей контроля над собой и ситуацией ($z=3,648$; $p<0,001$), неспособностью к продуктивному мышлению ($z=2,071$; $p=0,038$), его иррациональной насыщенностью ($z=2,086$; $p=0,037$), растерянностью и неспособностью нахождения позитивных перспектив ($z=3,824$; $p<0,001$).

Больные ППР, являющиеся жителями города, имеют меньший коэффициент адаптивности когнитивных копинг-стратегий, что происходит за счет снижения общего удельного веса относительно адаптивных стратегий совладания ($z=2,174$; $p=0,030$), в числе которых – неспособность придавать смысл своим страданиям и использовать позитивные ресурсы веры.

В этнокультурных группах больных минимальные коэффициенты адаптивности в когнитивной сфере наблюдаются у этнических русских и в биэтнической группе. В обоих случаях это происходит за счет роста удельного веса дезадаптивных копинг-стратегий ($z=1,972$; $p=0,049$ и $z=2,582$; $p=0,010$). При этом основным неконструктивным вариантом копинга здесь является стремление к диссимуляции через обесценивание значимости содержания трудностей ($z=2,186$; $p=0,029$).

Эмоциональная модальность копинга. Анализ эмоциональной модальности возрастной динамики адаптивности через соотношение удельных весов адаптивных и дезадаптивных стратегий подтверждает, что больные в возрасте до 40 лет отличаются низкой конструктивностью эмоционального реагирования на стресс. Объяснением служит тот факт, что в этот период в число наиболее распространенных у них вариантов копинг-поведения, помимо конструктивного по своему содержанию оптимизма, входит также относительно конструктивная стратегия эмоциональной разрядки и противоположная по своей смысловой направленности неадаптивная стратегия подавления эмоций. Такая амбивалентность усиливает внутреннюю конфликтность личности, препятствуя ее взаимоотношениям с окружающими. У больных в возрасте после 50 лет аффективные реакции сменяются тактикой пассивной кооперации, когда больной передает полномочия по решению собственных проблем посторонним. Нередко в этой роли выступают специалисты – психотерапевт или психолог, что в случае достижения продуктивного сотрудничества увеличивает шансы больного к выздоровлению.

Гендерные особенности эмоциональной сферы определяют различия в степени адаптивности личности, в соответствии с чем женщины имеют более высокие показатели дезадаптации. В структуре их копинг-поведения меньший удельный вес занимают адаптивные стратегии ($z=6,620$; $p<0,001$) и больший – относительно адаптивные

($z=7,331$; $p<0,001$). Наиболее выраженные деструктивные тенденции у женщин чаще связаны с недостатком уверенности в позитивном исходе проблем ($z=6,411$; $p<0,001$) и предпочтением пассивных вариантов кооперации при их решении ($z=2,588$; $p=0,010$). Эмоциональная разрядка ($z=6,701$; $p<0,001$) не всегда способствует оптимальному исходу проблемной ситуации, в таком случае в эмоциональном фоне начинают доминировать ощущения безнадежности ($z=2,391$; $p=0,017$). Достоверных различий в структуре эмоциональной модальности совладающего поведения, связанного с урбанизационным статусом места проживания больного, не выявлено.

Наибольшей адаптивностью эмоциональных реакций в структуре копинг-поведения обладают представители группы этнических чувашей, наименьшей – представители дизэтнической группы. Последние характеризуются большей частотой обращения к дезадаптивным копинг-стратегиям ($z=2,217$; $p=0,027$) и меньшей – к адаптивным ($z=2,922$; $p=0,027$).

Чрезвычайно низкая конструктивность эмоциональной сферы представителей биэтнической группы складывается из контроля эмоций, граничащего с их депривацией ($z=2,147$; $p=0,032$), повышенной склонности к подчинению и покорности ($z=2,241$; $p=0,025$), связанной с отсутствием уверенности в решаемости проблем ($z=2,489$; $p=0,013$).

Поведенческая модальность копинга. Возрастная динамика личностной адаптивности в рамках поведенческой модальности претерпевает резкие изменения. Так, после пика адаптивности в 20-29 лет максимально низкий коэффициент адаптивности копинг-стратегий определяется в 40-49 лет, после чего адаптивность достигает своих максимальных значений, а затем снова резко снижается.

Таким образом, можно выделить кризисный возрастной период 30-49 лет, когда способность больных к продуктивным поведенческим решениям при стрессе и в проблемных ситуациях максимально снижена ($z=2,697$; $p=0,007$). Данный феномен находит вполне адекватное объяснение через понятие «кризиса средних лет» (который при ППР несколько расширен во временном промежутке), когда происходит переоценка жизненного пути, человек задумывается над правильностью выбора в профессиональной, семейной и личностной сферах и с разной степенью успешности пытается что-либо изменить.

Второе снижение личностной адаптивности при ППР в возрасте после 60 лет соответствует началу пенсионного периода жизни и актуализирует такие проблемы, как достойное завершение жизни, ориентация на собственное здоровье и общечеловеческие ценности. В связи с этим наиболее частой поведенческой копинг-стратегией у пожилых будет альтруизм (19,5%), который в этом возрасте достигает максимальной

выраженности ($z=2,411$; $p=0,015$). Но даже эта адаптивная по содержанию стратегия не в состоянии смягчить дезадаптирующую роль неконструктивных стратегий, находящихся на втором по частоте использования месте – активного избегания и отступления (по 17,1%), которые проявляются стремлением к изоляции и активным «уходом» от необходимости обдумывания имеющихся проблем.

Поведенческая тактика отступления, как вариант совладания, характеризует и женщин с ППР, в отличие от мужчин с аналогичными заболеваниями ($z=2,908$; $p=0,004$). Большая приверженность женщин к пребыванию в состоянии физической обособленности при стрессе вносит наибольший вклад в снижение уровня общей адаптивности, определяемой на основе соотношения удельных весов адаптивных и дезадаптивных копинг-стратегий.

Достоверные различия в структуре поведенческой модальности копинг-поведения в связи с проживанием в городском или сельском населенном пункте определяются только по относительно адаптивной стратегии отвлечения ($z=2,381$; $p=0,017$). Погружение в любимое дело, чаще в трудовую активность, как это происходит у жителей села ($z=2,908$; $p=0,004$), тем не менее мало сказывается на совокупной конструктивности копинг-стратегий, которые у городских и сельских жителей значимо не различаются.

В сфере поведенческой модальности, так же как и в когнитивной и эмоциональной сферах, в группе этнических чувашей определяется тенденция к максимально высокому коэффициенту адаптивности за счет адаптивных вариантов копинга. В первую тройку наиболее распространенных стратегий совладания здесь входят адаптивные и относительно адаптивные варианты копинга – обращение (19,3%), отвлечение (17,0%) и сотрудничество (13,8%), которые отражают культурную модель совладания через трудовую деятельности и социальные ориентиры.

Минимальные показатели соотношения адаптивных и дезадаптивных стратегий совладания выявляются у представителей дизэтнической группы, что свидетельствует о выраженных интрапсихических нарушениях. В числе наиболее часто применяемых больными данной этнокультурной группы копинг-стратегий находится неконструктивная стратегия отступления и условно конструктивная – отвлечение (по 20,0%), уводящие больных от активного осознания источника проблем и усиливающие у них имеющееся ощущение чуждости и изолированности. Дезадаптивная стратегия отступления доминирует и в биэтнической группе (15,1%), а среди этнических русских более распространена неконструктивная тактика активного избегания (16,4%), когда

больной любимыми средствами стремится забыть о своих неприятностях и уйти от контакта с окружающей действительностью.

Таким образом, изучение особенностей реализации копинг-механизмов больными показывает, что их общий потенциал совладания со стрессовыми ситуациями значительно снижен. Причем данная негативная тенденция в большей мере выражена у женщин, жителей города и представителей дизэтнической группы. Этнические чуваша обладают сравнительно более высоким адаптивным ресурсом.

5.4. Клинико-психологическая модель психической дезадаптации

Использование в данном исследовании разнообразных психодиагностических методик, направленных на углубленное изучение психических состояний, структуры личности и системы ее отношений, дает возможность получить большое количество эмпирического материала, требующего для его описания многостороннего (многомерного) подхода. Данный подход не только помогает представлению исходных данных в удобном для интерпретации виде. Он позволяет структурировать объемный разноплановый материал в теоретическую модель, обобщающую изучаемое явление. Наиболее подходящим в данном случае методом многомерного математического анализа является кластерный анализ, который по измеренным характеристикам множества объектов объединяет их в группы объектов, похожих друг на друга. При этом исходными данными могут быть попарные сходства или различия между объектами, а различия между ними описываются как расстояние между объектами (А.Д. Наследов, 2004).

Проведение агломеративной кластеризации методом полной связи 64 параметров семи психодиагностических методик, используемых в исследовании больных (ISTA, MMPI, SCL-90, МИС, опросники Амирхана, Хайма и Зунга), позволило выявить их иерархическую структуру и построить модель психической дезадаптации личности, представленную двумя формами – мотивационной и компенсационной (рис.1).

М о б и л и з а ц и о н н а я ф о р м а. Выделение данной формы пограничного уровня психической дезадаптации призвано обозначить клинико-психологическую картину ПППР, которая отражает состояние субъективного ощущения нездоровья и стабильной эмоциональной напряженности больного, в личностных чертах и поведении которого в состоянии болезни при сохранности позитивной самооценки доминирует активность, деятельность, целеустремленность.

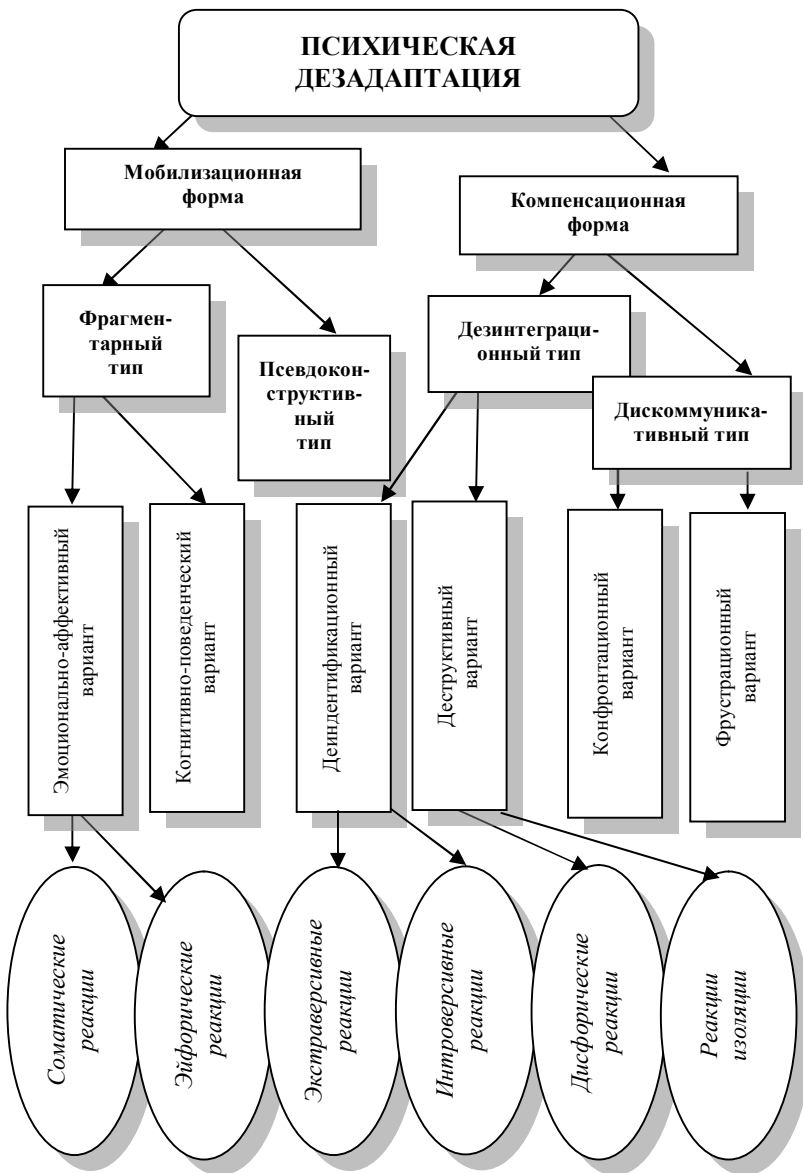


Рис. 1. Клинико-психологическая модель психической дезадаптации личности

Такие больные в стрессовых ситуациях способны мобилизовать большое количество внутренних и внешних ресурсов, однако полного преодоления проблемной ситуации или кризиса у них не происходит по причине низкой эффективности используемых стратегий или из-за особенностей личностного склада.

При *псевдоконструктивном типе* дезадаптации наблюдается высокая способность больного к использованию своего ближайшего социального окружения в качестве модератора стресса. Такая позиция носит явный манипулятивный характер и проявляется предъявлением большого количества жалоб соматического характера, не имеющих под собой реальной физической основы. Личность больного демонстративна и эгоцентрична. Ее неадекватные представления о себе отличаются прагматичностью и претензиями на получение действенной помощи от других.

Больной, как правило, отказывается от ответственности и самостоятельного решения собственных проблем, оправдывая свою неспособность наличием «соматической болезни», которая используется для давления на близких и родственников. Психологические проблемы и конфликты в беседах со специалистом тщательно скрываются и избегаются. Больные склонны к преувеличениям, имеют тенденцию к представлению себя в наиболее выгодном свете. Показывая видимую откровенность, они закрыты, неспособны к рефлексии, в исключительных случаях прибегают ко лжи. Данный тип дезадаптации соответствует истероидному типу личности.

Проявления *фрагментарного типа* дезадаптации связаны со снижением толерантности к переживанию угрожающих ситуаций у больных с относительной сохранностью личностных структур. Они достаточно открыты, общительны, способны к поиску разумных альтернатив, однако тяжесть заболевания или масштабы проблемной ситуации создают для них контекст высокой неопределенности, адекватно переносить который они не в состоянии. Такие условия намного превосходят их реальные психологические возможности к эффективному совладанию.

В таком случае при *эмоционально-аффективном варианте* фрагментарного типа дезадаптации психическое состояние больного будет определяться нарушением гибкости эмоциональной регуляции поведения. При превалировании в клинической картине реальных соматических нарушений со стороны сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной систем, головных болей или соматических эквивалентов тревожности степень дезадаптации тесно связана с выраженностью соматических симптомов, что очерчивает эмоционально-

аффективный вариант фрагментарного типа с преобладанием *соматических реакций*. Защитно-приспособительные реакции *эйфорического типа* с отрицанием каких-либо затруднений, сопровождающиеся хаотичностью, непредсказуемостью, резкими изменениями при каждом переходе к новой ситуации, будут описывать еще один вид реагирования на стресс при мобилизационной форме психической дезадаптации.

Когнитивно-поведенческий вариант мобилизационной формы психической дезадаптации встречается у больных с позитивным отношением, отчетливо осознающих свою собственную роль в своей судьбе. Их особенностью является осмысленность целей, способность к логическому анализу, позволяющая прогнозировать ситуацию и избегать просчетов, эмоциональная стабильность. В повседневной жизни они с одинаковой успешностью решают задачи как самостоятельно, так и в сотрудничестве с другими. В то же время в кризисной ситуации ригидность мыслительных процессов и излишняя привязанность к своему Я-образу не позволяют им эффективно адаптироваться.

Компенсационная форма. Психическое состояние, характеризующееся со стороны больного наличием негативной самооценки, объективными нарушениями социального функционирования, а также стойкими патологическими изменениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, на фоне общего снижения активности и конструктивности очерчивают клинко-психологическую картину компенсационной формы психической дезадаптации.

Ригидность в интерперсональных отношениях, которая носит двойную направленность и способствует нарушению межличностного взаимодействия больного и социума, позволяет выделить *дискоммуникативный тип* компенсационной формы психической дезадаптации. Нарушение социальной адаптации здесь тесно связано с личностными особенностями больных и может развиваться по двум вариантам. *Конфронтационный вариант* отражает высокий уровень эмоциональной напряженности, неустойчивое самоотношение, склонность к формированию трудно корригируемых концепций, высокую конфликтность, злопамятность, жестокость, агрессивность, склонность к необоснованному риску и цинизм.

При *фрустрационном варианте* компенсационной формы психической дезадаптации в клинко-психологической картине доминирует тенденция к жесткому эмоциональному дистанцированию, аффективная скованность, закрытость, пессимизм, тенденция к самообвинению и постоянному переживанию чувства вины. Избегание ситуаций тесного межличностного общения у таких больных вызвано их низкой

самооценкой, а также излишней фиксацией на негативном характере подобного опыта.

Выделение *дезинтеграционного типа* психической дезадаптации у больных определяется выраженностью негативной самооценки, депрессивными тенденциями, наличием признаков рассогласования между отдельными структурами личности, ее эмоционально-оценочной сферой и поведенческими реакциями.

Деидентификационный вариант дезинтеграционного типа психической дезадаптации предполагает доминирование в сознании больного представлений о своей неполноценности, инакости, чуждости окружению. Причем существует два типа реагирования в подобной ситуации. Первый связан с преобладанием *интроверсивных реакций*. Центральной тенденцией здесь является сдержанность, высокий самоконтроль, склонность к самоанализу, направленность на явления собственного субъективного мира. Такая личность характеризуется выраженностью дефицитарно-деструктивных функций, полным неприятием себя в социальной, психологической и телесной ролях. В эмоциональных переживаниях превалируют ощущения пустоты и одиночества, тревоги и беспокойства, вины в собственных неудачах.

При *экстраверсивных реакциях* у больных на первый план выходит нарушение восприятия собственной личности, связанное с ожидаемым отношением к себе со стороны окружающих. Подобный внутренний конфликт проявляется неудовлетворенностью собой и своими возможностями, сомнениями в способности вызывать уважение. Мнение других людей здесь значит гораздо больше, чем собственные убеждения. Причем восприятие оценок собственной личности идет только в формате подтверждения своей низкой значимости по социально-нормативным критериям моральности, успеха, воли, целеустремленности.

Клинико-психологические параметры, формирующие *деструктивный вариант* дезинтеграционного типа психической дезадаптации, отличаются наибольшей психопатологической выраженностью и высоким риском аутоагрессивного поведения. Здесь возможны два типа доминирующего реагирования – дисфорический и изоляционный. При преобладании *дисфорических реакций* клиническая картина определяется сочетанием тревожно-депрессивных и обсессивно-компульсивных, фобических, вегетативных нарушений, негативизмом к окружающим и высоким уровнем готовности к ауто- и гетероагрессии. Аутоагрессивная направленность *изоляционного варианта* дезинтеграционного типа психической дезадаптации при ППР обуславливается клинико-психологической картиной нарушений, при которых у больного на фоне черт аутичности, замкнутости наблюдаются ощущения

личностной неполноценности, доминирует неадекватные чувство вины и мысли о смерти.

Подводя итог пятой главе, можно констатировать, что исследование клинических и психологических аспектов психических расстройств показывает, что их клиническая картина формируется комплексом основных факторов – конституционально-биологических (наследственная отягощенность, психодезадаптационный анамнез, соматоневрологическое состояние), психопатологических (доминирование симптомов тревожно-депрессивного спектра с аутоагрессивными тенденциями), психологических (нарушение структуры личности, преобладание дезадаптивных копинг-стратегий, а также форма, тип и вариант психической дезадаптации личности), социокультурных (пол, возраст, этнокультурный статус, уровень урбанизации).

Состояние психической дезадаптации у больных психическими расстройствами характеризуется следующим спектром психологических феноменов: определенное нарушение адекватности восприятия собственной личности и окружающей реальности, не достигающее психотического уровня, низкая оценка собственной значимости, преобладание ощущений растерянности, настроенность на пассивность и смирение, тенденции к самообвинению.

Анализ проекции социокультурных характеристик личности в плоскость ее психологических особенностей позволяет прийти к выводу о наличии в клинической картине ППР как определенных сходств, так и различий. По нашим результатам, это касается в первую очередь негативного влияния фактора урбанизации на адаптивные возможности личности, согласно которым горожане теряют ряд конструктивных характеристик сельчан. Следующим моментом различий является гендеро-зависимый факт низкого уровня адаптационных ресурсов у больных женского пола, который проистекает из биологических и социальных особенностей их личностной структуры и стратегий копинг-поведения. Построение четкой структуры возрастной динамики психической дезадаптации не представляется возможным, однако выявляются некоторые тенденции к минимальной адаптивности в возрасте 20-29 лет.

Сравнительный анализ этнокультурных особенностей в клинко-психологической картине ППР не обнаруживает различий в собственно клинических проявлениях. Дифференциация возможна в области ведущих психологических характеристик личности, обуславливающих тот или иной уровень психической адаптации. Здесь наиболее показателен резко сниженный адаптационный потенциал больных из дизэтнической группы, который проявляется многими параметрами и, вероятнее все-

го, связан с неприятием собственной личности по характеристикам этнического происхождения. Некоторые негативные клинико-психологические тенденции определяются также у больных, отнесенных к биэтнической группе. Неразрешенная ситуация одновременной принадлежности к нескольким культурам вполне возможно препятствует развитию системы конструктивного самопринятия и позитивных межличностных отношений. Закономерным следствием проведенного анализа является построение клинико-психологической модели психической дезадаптации личности при ППР, которая позволяет выделить иерархическую структуру ее характерных форм и типов, отражающих, с одной стороны, проявления заболевания, с другой – направления компенсаторно-приспособительного процесса, тесно связанного с особенностями этиопатогенеза ППР, которые рассматриваются в следующих главах.

Глава 6

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Применение факторного анализа взаимосвязанных психологических и социокультурных характеристик личности, используемых в данном исследовании, позволило выделить наиболее информативные для изучения феноменологии ППР параметры, что послужило достаточным основанием для обоснованного принятия положения о наличии причинно-следственных связей между данным психосоциальным контекстом и этиопатогенезом ППР. В результате все исследуемые характеристики больных объединены в несколько факторов. При этом более трех четвертей феноменологической детерминации соответствует пяти базисным факторам, обозначение которых произведено на основе оценки степени их нагрузки и наиболее связанной с ними группой показателей.

Наибольший уровень влияния (31,71%) на обусловленность анализируемой совокупности обнаруживает *фактор этнокультурной диссоциации*. Роль этого фактора актуальна прежде всего для больных, составляющих подавляющее большинство в данном исследовании и идентифицирующих себя с чувашами или близких им по своему этническому происхождению. Для них чувашская культура не является изначально чуждой, как, к примеру, для этнических русских или представителей других этносов, чья доля в общей структуре обследован-

ных сравнительно невелика, и в связи с чем роль данного фактора для которых менее значима.

Этот фактор сформирован группой тесно связанных по степени факторной нагрузки признаков, определяющих этнокультурный статус личности. Большое место здесь занимают такие параметры, как этническая идентичность, родной язык и язык реального общения в семейной среде, национальность обоих родителей. Этнокультурная диссоциация, формируемая в условиях семейной среды и понимаемая как сознательная отдаленность, отстраненность личности от культуры и своих этнических корней, обнаруживает положительную связь с риском возникновения ППР.

На долю *фактора зрелости семейной структуры* приходится 18,72% детерминации изучаемого феномена. Он связан с демографическими характеристиками личности и определяет высокий риск развития ППР у лиц молодого возраста, несемейных или разведенных, бездетных или однодетных.

Выделение *фактора аутодеструктивной насыщенности среды* дает 9,72% социокультурной детерминации ППР. Его содержательная структура может быть связана с таким явлением, имеющим глубокие социально-исторические корни, как терпимое отношение к совместному проживанию со злоупотребляющим алкоголем. Деструктивная роль зависимого в семье сопровождается развитием признаков психологической созависимости у остальных ее членов, появлением и усилением у них собственных аутодеструктивных тенденций, чаще суицидального характера.

Кроме трех названных факторов к числу ведущих социокультурных детерминант отнесены еще две группы показателей – четвертый и пятый факторы. *Фактор иррационального мышления*, определяющий 9,27% общей дисперсии, проявляется доминированием в сознании большого представлений об иррациональном характере причинно-следственных связей многих явлений, в том числе в области здоровья и болезни. Причем такая направленность мышления напрямую соотносится с оценкой некоторых событий собственной жизни, как имеющих непосредственное отношение к магической практике сглаза, колдовства, порчи.

Фактор религиозно-этнической индифферентности, несущий 9,24% влияния, обнаруживает положительную связь с безразличным отношением больного ППР к этническим и религиозным особенностям партнера при формировании семьи, что увеличивает вероятность возникновения семейной структуры с противоречивыми этнокультурными и духовно-ценностными установками. В такой

семье вполне реальны межличностные конфликты, определяемые, ко всему прочему, несовпадением систем мировоззрения супругов.

Анализируя полученные результаты, можно подчеркнуть, что выявленные в условиях клинической практики факторы социокультурной детерминации ППР отчетливо определяют направления дальнейшего анализа клинко-психологических особенностей этиопатогенеза ППР. В их число в первую очередь должно войти изучение механизмов патологизирующего влияния дисгармоничной семейной среды. Актуальными сферами анализа также являются такие категории, как этнокультурная и духовно-ценностная диссоциация личности и их взаимосвязь с аутоагрессивным поведением личности.

6.1. Формирование дисфункциональных поведенческих механизмов в семейной среде

Известно, что семья является первой средой социализации ребенка и может иметь для него как позитивное, так и негативное значение в личностном развитии. Именно патологизирующее воспитание как система осознанных и неосознанных воспитательных действий взрослых, вследствие которых создаются условия для хронической фрустрации ребенка и искажения его личностного и физического роста, может приводить к формированию психических расстройств (Э.Г. Эйдемиллер, 2005).

Не менее важную обуславливающую функцию несут и привычные модели поведения взрослых в кризисных и стрессовых ситуациях, иными словами, их копинг-стратегии, адаптивный или дисфункциональный характер которых также определяет условия формирования здоровой или больной личности ребенка. По этой причине в этой главе мы рассматриваем результаты изучения особенностей ППР у детей и подростков в их взаимосвязи с социокультурными характеристиками семейной среды и степенью конструктивности моделей семейного воспитания и совладания, привычно реализуемых взрослыми.

Нами проанализирован 361 случай ППР, зарегистрированных у детей и подростков, обратившихся вместе с родителями за психотерапевтической и медико-психологической помощью. Средний возраст больного ребенка составляет $9,46 \pm 3,45$ года (минимальный – 3 года, максимальный – 17 лет). Несмотря на то, что в структуре ППР у детей и подростков преобладают заболевания резидуально-органического характера, в клинической картине изучаемых нарушений значительное место

занимают симптомы, определяемые воздействием психосоциальных факторов, преломляющихся через систему семейных отношений.

Социокультурные основы дисгармонии. Как показал анализ клинической структуры ППР у детей и подростков, клинические проявления психических нарушений нередко отражают дисфункциональный характер семейной среды, окружающей ребенка. Сравнительный социокультурный анализ семей больных и здоровых позволяет выделить те психосоциальные факторы, которые оказывают определенно патологизирующее влияние на психическое здоровье ребенка, что возможно при обследовании не только детей, но и их родителей, в частности тех, кто осознанно пришел на консультацию к психотерапевту или психологу по поводу проблем своего ребенка. Заинтересованность в получении результатов лечения обуславливает мотивированность родителя в полноценном обследовании и потому стимулирует его к максимально возможной искренности в ответах.

Ниже представлены обобщенные данные, полученные в результате заполнения родителями 361 ребенка с ППР специальный анкеты, а также результаты выполнения родителями методик Э. Хайма и Амирхана, заполнения опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ). При необходимости анализируемые показатели сравнивали с аналогичными показателями контрольной группы и группы больных с учетом того, что достоверные различия по возрастному показателю во всех трех группах отсутствуют.

При анализе демографических характеристик родителей детей, обратившихся за квалифицированной помощью, мы наблюдали факт преобладания среди них женщин (88,1%), что отражает сложившуюся в современном обществе гендерную структуру распределения семейных ролей, при которой непосредственными вопросами воспитания и здоровья ребенка в большей степени заняты матери, нежели отцы (11,9%).

Меньшая доступность помощи психотерапевта и психолога, с одной стороны, низкий уровень психологической грамотности населения и востребованности таких специалистов на фоне относительной сохранности разветвленной системы семейно-родственной поддержки – с другой, обуславливает низкое число обращений сельских жителей (13,1%). Тем не менее данный показатель соответствует аналогичному показателю взрослых больных (15,0%).

Только три четверти детей с ППР проживают в полных семьях (74,0%). Однако называть эти внутрисемейные отношения гармоничными спешить не стоит, так как в каждом шестом случае такой брак не зарегистрирован (13,0%), а каждый тринадцатый – повторный (5,6%).

Каждый пятый ребенок с ППР проживает с матерью, находящейся в разводе с отцом ребенка (19,8%), а 2,8% матерей являются матерями-одиночками.

Более 60% родителей детей с ППР являются уроженцами села, и лишь 13,1% продолжает жить на селе. Данный показатель воспроизводит высокую распространенность почти у каждого второго родителя ребенка с ППР дистресса, связанного с аккультурацией сельского жителя в урбанизированной среде, что не может не отражаться на психическом здоровье самого ребенка.

В сравнении с больными ППР родители детей с ППР достоверно чаще имеют высшее образование ($z=4,227$; $p<0,001$) и работают во внебюджетных сферах экономики и финансов ($z=2,029$; $p=0,042$), торговли и предпринимательства ($z=5,239$; $p<0,001$) с более высоким уровнем доходов.

Для родителей детей с ППР характерна большая размытость этнокультурного статуса. Так, среди них гораздо больше представителей би- и дизэтнической групп ($z=3,924$; $p<0,001$), представляющих собой смешанные субкультуры с нестабильной этнической идентичностью. Этим и может быть обусловлена высокая, по сравнению со здоровыми, частота игнорирования родителями детей с ППР национальных традиций ($z=6,979$; $p<0,001$), а также гетероэтнические предпочтения при формировании собственной семьи ($z=2,878$; $p=0,004$).

В системе духовно-ценностных ориентаций родителей больных формально доминирует высокая значимость семьи и брака (73,8%), что сближает их с больными, у которых этот показатель несколько выше (76,0%). Данная близость, по всей видимости, свидетельствует об остром осознании испытуемыми обеих групп необходимости смещения акцента именно на эту проблемную сферу жизни. При всем стремление к материальному благополучию у родителей детей с ППР выражено сильнее ($z=3,097$; $p=0,002$), даже несмотря на максимальную удовлетворенность актуальным материальным статусом ($z=6,377$; $p<0,001$). Такая диссоциация духовных ценностей взрослых является еще одним дисфункциональным звеном в семейной системе формирования личности, что подтверждается и отношением к религии.

Религиозные убеждения, декларируемые родителями детей с ППР, носят в большей мере социально ориентированный или ситуационный характер. Так, они достоверно чаще, чем контрольная группа, обращаются к религии в кризисных обстоятельствах ($z=2,156$; $p=0,031$), чаще стараются соблюдать формальные религиозные обряды ($z=2,757$; $p=0,006$), реже находят опору вере внутри себя ($z=2,248$;

$p=0,025$) и учитывают религиозные предпочтения при формировании семьи ($z=2,088$; $p=0,037$).

В их мировоззрении наряду с православными взглядами мирно уживаются магические представления о сглазе, колдовстве, порче ($z=3,874$; $p<0,001$), являющиеся, как правило, ирреальным осмыслением своего «собственного жизненного опыта» ($z=2,758$; $p=0,006$), который родители невольно передают собственным детям.

Важной характеристикой семей детей с ППР является нарушение традиционных гендерных ролей с отходом от эгалитарных позиций супругов ($z=3,821$; $p<0,001$) к доминированию женщины ($z=3,252$; $p=0,001$). Причем такое внутрисемейное распределение ролей имеет традиционный для семьи характер, когда в предшествующих поколениях матерям также принадлежала более значимая позиция ($z=2,050$; $p=0,040$), чем отцам ($z=2,330$; $p=0,020$).

Подобные матриархальные установки, передающиеся из поколения в поколение, приводят к тому, что в отношении к родителям даже у взрослых детей преобладают такие дисфункциональные стратегии, как беспрекословное подчинение ($z=4,445$; $p<0,001$), или прямая конфронтация ($z=6,878$; $p<0,001$) вместо позиции зрелого уважения ($z=3,046$; $p=0,002$). Данные варианты отношения, как правило, сформированы у родителей детей с ППР в результате воспитания их собственными родителями в ситуации непоследовательного ограничения самостоятельности ($z=2,263$; $p=0,024$) и эмоционального отвержения ($z=2,637$; $p=0,008$).

Наличие у ребенка ППР тесно взаимосвязано с характером внутрисемейных отношений, которые, в отличие от контрольной группы, реже гармоничны ($z=6,574$; $p<0,001$), чаще конфликтны с супружеской стороной ($z=4,502$; $p<0,001$) и максимально напряжены с детьми ($z=9,138$; $p<0,001$). Неудивительно, что в таких семьях определяется четкая установка на наличие одного ребенка в семье ($z=3,356$; $p<0,001$).

Также определяется взаимосвязь ППР у детей со стадией супружеских отношений их родителей в момент появления ребенка. Если в 41,7% и 14,6% семей рождение ребенка приходится на благоприятные периоды компромиссов и зрелого супружества во внутрисемейных отношениях, то остальная часть детей с ППР рождается в семьях, переживающих стадию конфронтации и конфликтов (41,7%), либо является результатом незапланированной внебрачной беременности (2,1%).

Еще одной патологизирующей характеристикой семейной среды детей с ППР является наличие в 51,2% семей актуальных или предшествующих признаков внутрисемейной агрессии по отношению к ре-

бенку, которая может носить форму непосредственного физического наказания (шлепки, побои) или негативного психологического воздействия (угрозы, порицания, оскорбления, запугивание). К этому присоединяется факт наличия в 40,7 % случаев члена семьи, злоупотребляющего алкоголем, что способствует формированию у ребенка черт дисфункциональной созависимой личности.

Неразрешенные внутрисемейные конфликты с детьми и старшим поколением, вынужденная необходимость совместного проживания с зависимым от психоактивных веществ супругом, другие многочисленные проблемы приводят к тому, что родители детей с ППР оценивают свое собственное здоровье менее оптимистично, чем контрольная группа ($z=4,136$; $p<0,001$). Неопределенность в разграничении здоровья и болезни проявляется и в их отношении к душевно больным людям, адекватное отношение к которым у многих до конца не сформировано ($z=2,651$; $p=0,008$). В случае серьезной болезни или кризисной ситуации родители детей с ППР находят в себе гораздо меньше внутренних резервов самостоятельно справиться с проблемой ($z=6,353$; $p<0,001$) или болезнью ($z=2,683$; $p=0,007$). В подобных ситуациях они гораздо больше склонны обращаться за помощью к официальной медицине ($z=1,991$; $p=0,047$) или специалистам – психологам и психотерапевтам ($z=11,626$; $p<0,001$).

Подводя итог данному анализу, следует отметить, что семейная среда, окружающая ребенка с ППР, отличается глубокой дисгармоничностью и внутренней конфликтностью. Решающий вклад в ее формирование вносит личностная незрелость родителей, проявляющаяся неопределенностью гендерно-ролевого и этнокультурного статуса, а также неустоявшейся системой духовно-нравственных ориентаций.

Психологические основы дисгармонии. Типичное поведение родителей в повседневных жизненных ситуациях является для детей наиболее доступной моделью для наблюдения и освоения в процессе социализации. Стереотипы совладания родителей с кризисными и стрессовыми ситуациями, привычный стиль семейного воспитания не только встраиваются в общую картину восприятия мира ребенком, но и способствуют формированию у него функциональных и дисфункциональных поведенческих механизмов.

Исследование с помощью методики Д. Амирхана копинг-стратегий у родителей детей с ППР показывает, что структура совладания родителей больных детей достоверно отличается от аналогичной структуры, наблюдаемой в контрольной группе. Так, парадоксально большая активность и целеустремленность в разрешении проблем ($t=3,861$; $p<0,001$), демонстрируемая родителями, сопряжена здесь с

высокими показателями ожидания помощи от социальной среды ($t=-2,611$; $p=0,009$) и уходом от реальных действий по их решению ($t=-2,253$; $p=0,024$).

Анализ когнитивной сферы копинг-поведения по методике Е. Нейм указывает на ключевые позиции, по которым совладание родителей детей с ППР отличается от моделей поведения здоровых и приближается к моделям поведения взрослых больных ППР. Это происходит за счет повышения удельного веса таких неконструктивных стратегий, как смирение ($z=4,142$; $p<0,001$) и растерянность ($z=2,444$; $p=0,015$), снижения – таких адаптивных и относительно адаптивных стратегий, как сохранение самообладания ($z=2,855$; $p=0,004$) и придание смысла ($z=2,890$; $p=0,004$). Такая структура когнитивной модальности копинг-поведения обуславливает его большую дисфункциональную насыщенность у родителей детей с ППР ($z=3,213$; $p=0,001$).

В структуре эмоциональной модальности копинг-поведения у родителей детей с ППР отмечается меньшая выраженность адаптивной составляющей совладания ($z=4,634$; $p=0,001$) при одновременном увеличении значимости относительно адаптивных стратегий ($z=6,221$; $p=0,001$). Это можно отнести на счет того, что родители детей с ППР более склонны к протестным реакциям ($z=3,213$; $p=0,001$) не только в форме эмоциональной разрядки ($z=3,213$; $p=0,001$), но и в виде плохо контролируемой агрессии ($z=3,213$; $p=0,001$). Низкий уровень оптимизма ($z=3,213$; $p=0,001$) и пассивность, проявляющаяся в передаче полномочий по преодолению собственных трудностей другим ($z=3,213$; $p=0,001$), усиливают имеющуюся малую конструктивность личности родителя.

Основной характеристикой поведенческой модальности копинг-поведения родителей детей с ППР является относительно высокий уровень использования стратегии обращения ($z=6,306$; $p<0,001$). Являясь по своему определению адаптивной, в данной группе испытуемых она больше связана с негативными тенденциями, свидетельствующими о снижении адаптивного потенциала личности родителя. Подтверждением этой мысли служит также низкая способность родителей к развитию возможного эффективного сотрудничества с целью совместного преодоления трудностей ($z=1,966$; $p=0,049$).

Для выявления характера психологических взаимосвязей между копинг-поведением, типом семейного воспитания и другими характеристиками семейной сферы у родителей детей с ППР проведен корреляционный анализ имеющихся данных. Описанный ранее у родителей детей с ППР высокий уровень дезадаптивных копинг-стратегий на когнитивном уровне тесно взаимосвязан с негативным характером эт-

нической самооценки взрослого ($r=-0,14$; $p<0,05$) и доминированием в его системе ценностей материальных ориентиров ($r=-0,15$; $p<0,05$). В воспитании он соответствует чрезмерному и некритическому потворствованию любым прихотям ребенка, что свидетельствует о бессознательных попытках родителей к заместительному удовлетворению собственных потребностей за счет подобных воспитательных действий ($r=-0,24$; $p<0,01$). При этом конфликтные отношения между супругами нередко выносятся в сферу воспитания ($r=-0,14$; $p<0,05$), а уровень требований к ребенку снижается за счет игнорирования факта его взросления ($r=-0,16$; $p<0,05$).

У 60,6% родителей детей с ППР в основе такого предпочтения детских качеств, стимулирующего развитие психического инфантилизма у ребенка, могут лежать собственные личностные проблемы, связанные с тем, что в своих родительских семьях они воспитывались в качестве старших или средних детей и недополучали любовь, ласку, внимание. Часть из них в воспитании собственных детей компенсаторно предпочитает наделять их минимумом обязанностей ($r=-0,17$; $p<0,05$) и уповать исключительно на поощрения без применения наказаний за проступки ($r=-0,14$; $p<0,05$).

С другой стороны, страх родителей в отношении взросления детей тесно связан ($r=0,20$; $p<0,01$) с чрезмерностью требований к ребенку, ограничивающих его свободу и самостоятельность, что часто способствует развитию оппозиционно-вызывающего расстройства или формированию сенситивных и психастенических особенностей личности у детей.

Неуверенность родителей в собственных силах, неумение самостоятельно справиться с внутрисемейными проблемами проявляется в обращении за социальной поддержкой ($r=-0,24$; $p<0,01$), результатом чего может быть резкий временный переход от строгости к либеральности в отношении к ребенку ($r=0,36$; $p<0,01$). Следующий за этим повторный возврат к политике жестких требований и запретов ($r=0,27$; $p<0,01$) на фоне повышенной моральной ответственности ($r=0,26$; $p<0,01$), а также строгих санкций за их нарушение ($r=0,47$; $p<0,01$) характеризует неустойчивый стиль воспитания ($r=0,15$; $p<0,05$), который содействует формированию личностных черт ригидности, упрямства и противостояния авторитетам.

Тенденция родителей к активной мобилизации ресурсов социального окружения при решении своих собственных проблем (ПП) проецируется на воспитательный процесс жесткостью обращения ($r=0,26$; $p<0,01$), излишними ограничениями ($r=0,26$; $p<0,01$), игнорированием духовных и эмоциональных потребностей ребенка ($r=0,16$; $p<0,05$).

Данные воспитательные стратегии, более распространенные в моноэтнических семьях ($r=-0,15$; $p<0,05$), отражают аномалию личностного реагирования со стороны самого родителя, которая в отношении к детям проявляется проекцией на ребенка собственных негативно оцениваемых свойств личности ($r=0,22$; $p<0,01$) или неразвитостью родительских чувств в форме высоких карьерных устремлений и восприятия ребенка как «обузы» ($r=0,28$; $p<0,01$).

Высокая активность и целеустремленность в совладании со стрессом (РП) у родителей детей с ППР тесно связана с относительно стабильным ($r=-0,18$; $p<0,01$) патологизирующим воспитательным стилем, в основе которого лежит гиперпротекция ($r=0,19$; $p<0,01$) со строгостью санкций ($r=0,14$; $p<0,05$), избыточность запретов ($r=0,16$; $p<0,05$) и различной частоты эпизоды жестокого обращения и внутрисемейной агрессии ($r=0,23$; $p<0,01$). Выраженная алкоголизация в такой семье, как правило, не наблюдается ($r=-0,27$; $p<0,01$).

Пассивная личностная позиция родителей детей с ППР при реагировании на стресс, их тенденция к фиксации на негативных эмоциональных переживаниях (ИП) обуславливает противоречивый патологизирующий тип воспитания, когда супруги решают свои конфликтные взаимоотношения через ребенка путем постоянных споров и обращения к диаметрально противоположным стилям воспитания ($r=0,17$; $p<0,05$). В такой ситуации многие эмоциональные потребности ребенка игнорируются ($r=0,15$; $p<0,05$), с другой стороны, ребенок практически не имеет обязанностей в семье ($r=0,18$; $p<0,01$) и, несмотря на имеющиеся формальные запреты, безнаказанно их нарушает, строит жизнь по своим собственным канонам ($r=0,15$; $p<0,05$), что формирует его личность по гипертимному типу. Из-за наличия признаков алкогольной зависимости у одного из членов такой семьи создаются условия для нарушения формирования личности ребенка с развитием психологических симптомов созависимости ($r=0,30$; $p<0,01$).

Снижение у родителей детей с ППР адаптивности эмоциональных копинг-стратегий, определяемое по методике Е. Нейм, соответствует в воспитании его непоследовательности ($r=-0,26$; $p<0,01$) и неуверенности ($r=-0,22$; $p<0,01$), большому числу запретов ($r=-0,14$; $p<0,05$) и недостатку обязанностей ребенка ($r=-0,28$; $p<0,01$). Данное патологическое сочетание усугубляется эмоциональным обеднением внутрисемейных отношений ($r=-0,20$; $p<0,01$) и проецированием негативного самоотношения взрослого на ребенка ($r=-0,18$; $p<0,05$).

Уровень конструктивности эмоционального совладания у родителей детей с ППР тесно взаимосвязан с выраженностью активности при разрешении проблем ($r=0,22$; $p<0,01$) и обратно пропорционален тен-

денциям избегания проблем ($r=-0,32$; $p<0,01$). Обнаруживается прямая связь со степенью адаптивности поведенческой модальности совладания ($r=0,18$; $p<0,05$), которая тем больше выражена, чем меньше родители потворствуют прихотям ребенка ($r=-0,32$; $p<0,01$), чем меньше они его опекают ($r=-0,21$; $p<0,01$) и сосредотачиваются только на эмоциональной стороне проблем ($r=-0,20$; $p<0,01$).

Интересным фактом, полученным в ходе сопоставления данных корреляционного анализа, является наличие прямой корреляционной связи между выраженностью суицидальных тенденций у детей с ППР и адаптивностью механизмов совладания на когнитивном ($r=0,21$; $p<0,01$), эмоциональном ($r=0,23$; $p<0,01$) и поведенческом ($r=0,19$; $p<0,01$) уровнях у их родителей. Данный парадокс можно объяснить относительным характером конструктивности копинг-стратегий, которые необходимо рассматривать лишь в совокупности клинико-психологических и социокультурных факторов детей и их родителей.

Таким образом, психологическими предпосылками дисгармоничного развития ребенка с ППР в семье является низкая адаптивность механизмов копинг-поведения родителей, интегральные значения по которым близки к аналогичным показателям взрослых больных ППР. Данные копинг-механизмы тесно взаимосвязаны с нарушенным характером воспитания в семье, для которого характерна непоследовательность и нестабильность, а также эмоциональная незрелость родителей и проекция собственных внутриличностных проблем на отношение к ребенку.

Формирование дисфункциональных поведенческих механизмов у детей и подростков с ППР обусловлено комплексом патологизирующих факторов, в основе которых лежат дисгармоничные семейные отношения и нарушение воспитательного процесса. Стереотипы отношения к ребенку и стиль его воспитания тесно связаны с личностными особенностями родителей, традициями детско-родительских отношений между поколениями, гендерно-ролевым и этническим характером семьи, позитивностью этнической идентичности взрослых и их привычными копинг-механизмами, несущими содержательно относительный характер адаптивности.

6.2. Социокультурная идентичность личности в генезе пограничных расстройств

Являющаяся составной частью социальной идентичности этническая идентичность, или национальность, соответствует осознанию личностью своей принадлежности к определенной этнической общно-

сти. Это своеобразный когнитивно-эмоциональный процесс самоопределения в социальном пространстве относительно других этносов. Категория этнического статуса, или этничности, больше связана с соответствием личности этнической принадлежности родителей, месту рождения, языку, культуре (Т.Г. Стефаненко, 2003).

Вводимое нами понятие *социокультурной идентичности*, объединяющее в себе объективную категорию этничности с субъективной категорией этнической идентичности, которая проявляется осознанием, оцениванием и переживанием принадлежности к определенному этносу, призвано помочь детализировать связь этнокультурного рассогласования с особенностями психической дезадаптации при ППР.

Признаки этнокультурной диссоциации. Этнокультурное рассогласование по группам климато-географических, антропобиологических и социокультурных этнических признаков свидетельствует о наличии этнокультурной диссоциации и тесно связано с уровнем тревоги и психической адаптации личности (Сухарев А.В., 1998). В нашем исследовании этнокультурная диссоциация устанавливается без учета первых двух групп этнических признаков, так как большинство обследованных вне зависимости от национальной принадлежности являются коренными жителями республики и не имеют климатогеографических и антропобиологических несоответствий.

Структура этнокультурной диссоциации в нашем исследовании обусловлена двумя основными компонентами – когнитивным и аффективным. К когнитивному компоненту, определяемому осознанием принадлежности к конкретной этнической группе, отнесены: этническая идентификация и владение языком своего этноса. В центре аффективного компонента этнокультурной диссоциации стоит отношение к собственной этнической общности и ее традициям, которое может формировать его в позитивном или негативном направлении.

Признаки этнокультурной диссоциации наиболее ярко выражены в этнической маргинальности, когда личность испытывает влияние двух или более социокультурных систем, вступающих в незримое противоречие (Е.Л. Николаев, И.Н. Афанасьев, 2004). Причем это понятие гораздо шире, чем просто биологическая метисация (А.В. Сухарев, 1998). Напряжение, тревога, внутриличностные конфликты, вызванные нарушением социокультурной идентичности и ведущие к дезадаптации личности, могут наблюдаться как у выходцев из смешанных браков, так и выходцев из моноэтнических семей при негативной этнической самооценке, когда личность идентифицирует себя с биологически сторонним этносом.

На основе выделенных выше признаков этнокультурной диссоциации с целью определения роли социокультурной идентичности личности в формировании пограничных нарушений из взрослых больных нами сформированы две исследовательские группы – группа этнических маргиналов и моноэтническая группа.

В группу *этнических маргиналов*, состоящую из 104 человек, вошли 64 больных с нарушенной этнической идентичностью, этническое самоопределение которых не соответствует национальности ни одного из родителей (дизэтническая группа). Кроме них, к этническим маргиналам отнесены 40 больных из биэтнической группы, родители которых принадлежат к различным этническим группам. Несмотря на декларирование самими больными моноэтнической идентичности, они продолжают ощущать трудность в самоопределении, что проявляется этнической гиперидентичностью или этнонигилизмом, незнанием языка выбранной ими национальности, игнорированием этнической культуры и традиций. Их средний возраст – $28,48 \pm 12,20$ года.

В качестве группы сравнения в *моноэтническую группу* объединены 183 больных без признаков этнокультурной диссоциации из групп этнических чувашей и этнических русских, происходящих из моноэтнических семей, имеющих адекватную этническую самооценку, владеющих языком своего этноса, позитивно относящихся к этнической культуре и народным традициям. Их средний возраст составляет $32,33 \pm 14,17$ года.

Особенности самоотношения личности. Самоотношение, понимаемое как сложная эмоционально-оценочная система, раскрывающая особенности внутренней динамики самосознания и специфику отношения личности к собственному «Я», оказывает регулирующее влияние на многие психические процессы, в том числе на психическую адаптацию.

Больные с высоким (моноэтническая группа) и низким (этнические маргиналы) уровнями социокультурной идентичности имеют значимые различия в показателях структурных элементов системы самоотношения.

В сравнении с представителями моноэтнической группы этнические маргиналы проявляют большую рефлексивность, критичность, нередко граничащую с цинизмом ($t=3,94$; $p<0,001$). Их отношение к себе чаще негативное, так как мало соответствует идеальным для них представлениям. Они постоянно неудовлетворенны собой и пытаются что-то в себе изменить, чтобы приблизиться к тому образу, который сами себе создают ($t=2,963$; $p=0,009$). Их отраженное самоотношение, связанное с ожидаемым отношением к себе со стороны других людей, характеризуется навязчивыми представлениями о том, что их лич-

ность, характер и деятельность не способны не только вызвать в других уважение и симпатию, но и просто – принятие ($t=2,44$; $p=0,016$).

Кроме того, у этнических маргиналов определяется статистическая тенденция к низким значениям шкалы самоуверенности, что соответствует внутренней напряженности и взглядам на себя как человека несамостоятельного, с низкими возможностями и низким самоуважением ($t=1,70$; $p=0,091$), а также – к недостаточному самопринятию, что является важным симптомом наличия внутреннего психического напряжения ($t=1,89$; $p=0,060$).

Фактор самоуважения, объединяющий шкалы открытости, самоуверенности, саморуководства и отраженного самоотношения, также имеет у этнических маргиналов более низкие значения ($t=3,08$; $p=0,002$). Это характеризует их низкую самооценку по отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, целеустремленности и социального одобрения.

Низкое значение у этнических маргиналов имеет и фактор ауто-симпатии, включающий в себя шкалы самооценности, самопринятия и самопривязанности ($t=2,83$; $p=0,005$), которые не связаны с социальными критериями, а отражают эмоциональную составляющую отношения личности к своему «Я». Не связанными с уровнем социокультурной идентичности структурами самоотношения при ППР являются саморуководство и самообвинение ($p>0,01$). Следовательно, структура самоотношения личности больных ППР с нарушением социокультурной идентичности определяется высокой рефлексивностью, неудовлетворенностью собой, недооценкой позитивности отношения окружающих, что свидетельствует о незрелости самоуважения и аутосимпатии в эмоциональной и социальной сферах.

Психологический профиль личности. Нарушение социокультурной идентичности личности сопровождается не только изменением ее системы самоотношения. Глубокие патологические изменения наблюдаются во всей структуре личностных характеристик, которые отражаются на ее актуальном психическом состоянии. Несомненность этих трансформаций подтверждается результатами сравнительного анализа личностных особенностей больных с различным уровнем социокультурной идентичности с помощью методики ММРІ.

При оценке достоверности профиля этнических маргиналов в сравнении с больными моноэтнической группы выявляются более низкие значения по шкале лжи ($t=3,88$; $p<0,001$) и более высокие – по шкале достоверности ($t=-2,06$; $p=0,041$). Это указывает на их большую откровенность, самокритичность, отсутствие стремления к тому, чтобы представить себя в выгодном свете.

Шкалы невротической триады (ипохондрии, депрессии, истерии) в группе этнических маргиналов имеют достоверно более низкие значения, чем в моноэтнической группе ($p < 0,005$), т.е. у первых меньше выраженность соматизации тревоги и ее вытеснение. Они также более откровенны, так как не склонны подчеркивать свое соматическое неблагополучие и отрицать затруднения в социальной адаптации.

Эмоциональная напряженность в непосредственном поведении у этнических маргиналов выражена минимально ($t=2,13$; $p=0,035$). Более характерным для них является отрицание имеющейся тревоги, определяемое повышением значений по девятой шкале ($t=-2,15$; $p=0,033$). Более высокие показатели по шкале социальной интроверсии отражают затруднения в межличностных контактах, замкнутость, необщительность, тревогу в ситуациях вынужденного общения ($t=-3,71$; $p < 0,001$).

Усредненный профиль этнических маргиналов характеризуется повышением по пятой-восьмой шкалам с пиком на восьмой, что свидетельствует о сочетании аутизации, дистанцирования, отчуждения с ригидностью, стремлением возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные контакты.

Депрессивные тенденции, имеющиеся у этнических маргиналов, сопровождаются склонностью к возникновению устойчивых стереотипов неконвенционального поведения. Такие больные часто неспособны вытеснять отрицательные сигналы и потому предпочитают исключать из круга общения носителей таких сигналов. При этом у мужчин повышено внимание к эмоциональным нюансам отношений, отмечается их чувствительность и сентиментальность, у женщин – возрастает доминантность, конфликтность и гетероагрессивные тенденции. Дополнительным патологизирующим фактором является выраженная избирательность восприятия, при которой воспринимается информация, подкрепляющая уже сформировавшиеся представления.

В целом психологический профиль личности при нарушении социокультурной идентичности характеризуется наличием тревожно-депрессивных тенденций на фоне трудностей межличностной коммуникации, определяемых иррациональным типом восприятия окружающего мира.

Клиническая характеристика дезадаптации. Описанные выше психологические изменения личности больных, сопровождающие нарушение ее социокультурной идентичности, формируют психопатологическую картину психических нарушений.

В соответствии с показателями шкал SCL-90 у больных с наличием или отсутствием признаков этнокультурной диссоциации общий индекс тяжести психопатологической симптоматики более выражен у этнических маргиналов, что свидетельствует о большей глубине их психической дезадаптации ($t=-3,32$; $p<0,001$). В наибольшей степени это происходит за счет симптомов враждебности ($t=-4,23$; $p<0,001$) и депрессии ($t=-3,96$; $p<0,001$). Данные, полученные ранее с помощью методики ММРІ, подтверждаются следующими шкалами симптоматического опросника: обсессивно-компульсивных нарушений ($t=-3,73$; $p<0,001$), межличностной чувствительности ($t=-3,56$; $p<0,001$), паранойальности ($t=-2,37$; $p=0,018$) и психотизма ($t=-3,78$; $p<0,001$).

В клинике ППР у трети этнических маргиналов ведущее место занимает неврастенический синдром (30,77%), характеризующийся жалобами на вспыльчивость, раздражительность, быструю утомляемость, нарушения сна и аппетита. Его проявления связаны с наличием у больных внутриличностного конфликта, характеризующегося несоответствием между потребностями личности и ее физическими возможностями, что соотносится с описанной выше системой самоотношения при этнокультурной диссоциации. Распространенность неврастенического синдрома в моноэтнической группе более чем в два раза меньше (14,21%). Центральное место здесь занимает цефалгический синдром (20,21%) с беспокойным и неустойчивым сном ($z=-3,51$; $p<0,001$).

На втором месте по представленности в клинике психических нарушений у этнических маргиналов стоит тревожно-депрессивный синдром, который встречается у каждого пятого из них (22,16%), что подтверждается результатами психологического обследования несколькими методиками. Высокий уровень тревожности, неуверенности в собственных силах и личностных качествах сочетается здесь с пессимистичным взглядом на жизнь, неумением видеть перспективы. Для больных из моноэтнической группы больше свойственен астенический синдром непсихогенной природы (19,68%).

Третье место по распространенности среди этнических маргиналов занимают поведенческие нарушения в форме эмоциональной неуравновешенности, повышенной возбудимости (12,48%), что во многом обуславливает их трудности в межличностном общении и определяет формирование у каждого пятнадцатого из них расстройства зрелой личности и поведения.

У каждого десятого этнического маргинала (11,53%) клиника ППР определяется доминированием диссомнических нарушений. При этом более характерно раннее пробуждение ($z=-2,18$; $p=0,030$), чем пре-

рывистый беспокойный сон ($z=3,51$; $p<0,001$), что сопряжено с клиникой депрессивных нарушений.

Цефалгический синдром при этнокультурной диссоциации представлен сравнительно редко (8,65%), тогда как в моноэтнической группе он встречается у каждого пятого (20,21%).

Нехарактерным для этнических маргиналов, но представленным у больных моноэтнической группы, является обсессивно-фобический синдром.

Сочетание основных клинико-психопатологических симптомов и синдромов формирует ту или иную картину психического и поведенческого расстройства. Невротические расстройства, определяемые психологическими механизмами этиопатогенеза, в большей степени выявляются у больных с признаками этнокультурной диссоциации ($z=2,17$; $p=0,030$), невротоподобные расстройства на фоне органической патологии – в моноэтнической группе ($z=3,19$; $p=0,002$). Достоверные различия по другим клиническим группам не наблюдаются.

Определенные закономерности формирования ППР при этнокультурной диссоциации прослеживаются и по анамнестическим данным. Так, у этнических маргиналов реже отсутствуют отягощенность наследственности психическими заболеваниями ($z=4,90$; $p<0,001$) и психодезадаптационные эпизоды в виде тиков, заикания, мутизма в детстве ($z=2,33$; $p=0,020$). Для них более характерна ситуационная тревога ($z=2,34$; $p=0,042$), чаще связанная с семейно-бытовой сферой возникновения психотравмирующей ситуации ($z=4,53$; $p<0,001$). Они имеют максимальную (свыше 5 лет) длительность заболевания ППР на момент обращения ($z=2,45$; $p=0,014$), несмотря на меньший возраст ($27,52\pm 11,72$ года) к моменту заболевания ($t=4,47$; $p<0,001$). У них определяется статистическая тенденция к снижению высоких показателей самооценки ($z=1,77$; $p=0,077$).

Этнокультурная диссоциация у больных чаще снижает трудовые возможности ($z=2,94$; $p=0,003$), ведет к нарушениям трудовой дисциплины ($z=2,86$; $p=0,004$). Социальная дезадаптация в период заболевания у этнических маргиналов развивается быстрее ($z=1,97$; $p=0,049$) и проявляется агрессивностью, конфликтностью ($z=2,44$; $p=0,015$), антисоциальным поведением ($z=2,30$; $p=0,021$), нарушением или разрывом семейных отношений ($z=2,88$; $p=0,004$).

Лечение больных с этнокультурной диссоциацией в силу стойкости психопатологических изменений и их тесной взаимосвязи с психологическими структурами личности представляет собой определенные трудности. Именно поэтому полностью купировать патологическую симптоматику у этнических маргиналов удается гораздо реже, чем в

моноэтнической группе ($z=2,34$; $p=0,019$). В этой группе после лечения гораздо реже наблюдается также изменение нарушенных отношений личности с их значительной перестройкой ($z=2,00$; $p=0,045$), реже происходит полное восстановление социально-профессиональной адаптации больного ($z=1,96$; $p=0,050$).

В завершение можно отметить, что этнокультурная диссоциация в структуре социокультурной идентичности личности больных через механизм негативного самоотношения способствует деформации когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер личности. Тревожно-депрессивные тенденции и трудности в межличностных отношениях отражают нарушение личностной идентификации, формируют психопатологическую картину невротических расстройств, определяя клиническую тяжесть психического заболевания у этнических маргиналов и определенную резистентность к терапии.

6.3. Аутоагрессия как дезадаптивная форма реакции личности на кризисную ситуацию

Принимаемая здесь концепция кризиса определяет его как переходящее для личности состояние дезорганизации психической деятельности, характеризующее неспособностью преодоления препятствий путем использования привычных подходов разрешения проблем и потенциальной возможностью позитивных или негативных последствий (А.Т. Yılmaz, 2001). Неспособность личности найти эффективный выход из кризисной ситуации является одним из условий развития стойких дезадаптивных состояний и формирования ППР, часто сопровождается аутоагрессивным поведением суицидного характера как неадекватной попыткой разрешения накопившихся проблем (А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, 1978; Э.В. Линдемманн, 1996; В.С. Ефремов, 2004; Г.В. Старшенбаум, 2005).

В ходе многомерных исследований одной из четко установленных особенностей изучаемого контингента больных является высокий риск суицидного поведения. Нами получены результаты клинико-психологического анализа феноменологии аутоагрессивного поведения в контексте этиопатогенеза ППР, для чего из всех больных отобраны 235 человек, находящихся в состоянии отчетливого эволюционного или ситуационного кризиса и имеющих выраженные суицидные тенденции, наличие которых определялось по следующим трем критериям: 1) декларированию больным принятия потенциальной возможности совершения самоубийства, 2) наличию зарегистрированных суицидных попыток или

парасуицидных действий в прошлом, 3) присутствию мыслей о смерти и умирании в результатах методики SCL-90.

Формирование группы сравнения из больных не проводилось, ввиду того что часть описанных критериев в явной или скрытой форме встречается у большинства обследуемых и свидетельствует об условно более низкой выраженности суицидоопасного поведения, но тем не менее не исключает его полностью. Именно поэтому сравнение социокультурных и клинико-психологических характеристик больных с аутоагрессивным поведением проводится с аналогичными показателями испытуемых здоровой контрольной группы, а при необходимости – со всей группой больных.

Событийный контекст. К важнейшим структурным компонентам психологического кризиса относят вызывающие события, фрустрированную потребность и дефицит необходимой для решения проблемы информации (Э.В. Линдемманн, 1996; Г.В. Старшенбаум, 2005). В данном случае изучение событийного контекста аутоагрессивного поведения проводится с позиции выделения отличительных для данной группы больных социокультурных и клинико-психологических параметров.

Давая общую социодемографическую характеристику больным с суицидными тенденциями, стоит отметить, что их средний возраст составляет $35,86 \pm 13,05$ лет, среди них преобладают женщины (60,0%), равно представлены уроженцы города и села (51,9%). Аутоагрессивная направленность поведения больше представлена среди чувашей (65,2%), но встречается также у русских (28,9%) и представителей других национальностей (5,9%), что в целом соответствует показателям всей группы больных. В то же время группу больных с аутоагрессией отличает большая представленность среди них жителей села ($z=2,642$; $t=0,008$), а также вхождение в первую тройку сфер занятости представителей бизнеса, финансов и экономики (10,4%). Неудивительно, что в каждом пятом случае (20,8%) сферой возникновения кризиса является работа. Это дает возможность оценивать негативный вклад условий сельской жизни и факторов профессионального риска в смысловое оформление кризисной ситуации.

Среди многообразия личностных значений жизненных событий можно выделить те негативные ситуации и сферы, которые являются у больных потенциально суицидогенными. Прежде всего это касается негативного самопринятия личности с позиции этнической принадлежности. Так, при аутоагрессивном поведении определяется тенденция, при которой каждый десятый больной (9,6%) считает свою национальность неполноценной, что выше, чем у больных в целом

($z=1,850$; $t=0,064$). Причем это явление чаще встречается у чувашей (76,9%), чем у русских (15,4%). Вне зависимости от национальной принадлежности такие больные происходят из моноэтнических семей.

Три четверти случаев (75,9%) аутоагрессивных тенденций связаны с конфликтными внутрисемейными отношениями, чаще – с супружеской стороной (32,3%). Данный аспект в 28,9% случаев отражает выраженное доминирование женщины в семье, что воспринимается мужчинами крайне болезненно. В то же время для каждого третьего больного (32,4%) является актуальной ситуация существования направленной на него внутрисемейной агрессии, которая может носить характер физического или психологического насилия. Примерно у половины больных (47,1%) определяются факты внутрисемейной агрессии в прошлом, которые остаются в памяти в виде конкретных страхов, невысказанных обид и разочарований по отношению к близким людям.

Отношения с родителями у каждого третьего из таких больных носят незрелый, открыто конфронтационный характер (32,3%) и отражают их инфантильный протест против привычных требований беспрекословного подчинения (30,3%) или реакцию на ситуацию эмоционального отвержения со стороны родителей (23,5%). Данные обстоятельства в подавляющем большинстве случаев семей (71,6%) могут быть связаны с фактом злоупотребления алкоголем одним из родителей, что однозначно относит такие семьи к категории глубоко дисгармоничных.

Только у 14,5% больных определяется объективный соматогенный характер возникновения кризиса. Однако, оценивая свое здоровье, каждый четвертый обследованный с суицидными тенденциями (25,3%) воспринимает себя как тяжело или неизлечимо больного, являя еще одну содержательную сферу формирования аутоагрессивного поведения.

Фрустрационный контекст. Состояние фрустрации нарушает возможности личности по удовлетворению значимых потребностей, вступая с ними в конфликт. Первоначально возникнув в одной из описанных выше содержательных сфер, конфликт генерализуется и распространяется, захватывая все новые стороны психической деятельности, яркой иллюстрацией чему является психодинамическая структура личности больных с суицидными тенденциями и аутоагрессивным поведением.

По 16 из 18 шкал методики ISTA, отражающей особенности взаимодействия личности с окружающим миром, в ходе которого в качестве важнейшего средового фактора выступают межличностные отношения, наблюдаются высокосignификантные различия с нормой.

Характерной особенностью психодинамической структуры личности больных с суицидными тенденциями здесь является доминирование деструктивного-дефицитарного выражения Я-функций, что указывает на дезорганизацию отношений больного с собственной личностью, с другими людьми и окружающим миром. В основе такого реагирования, в соответствии с руководством по интерпретации методики ISTA, лежит серия ранних конфликтов, закрепленных в стереотипах поведения и межличностных отношений. Так, в структуре личности больных с суицидными тенденциями можно выделить состояние фрустрации центральной функции агрессии, которая ведет к блокаде деятельного, активного взаимодействия с окружающим миром и открытого проявления чувств и эмоций, проистекающей из-за раннего невнимания матери ребенка к его потребностям в получении нового жизненного опыта, достигающего до степени эмоциональной депривации.

В основе фрустрации функции страха при аутоагрессивном поведении лежит невозможность ощущения чувства безопасности из-за отсутствия возможностей для совместного переживания тревоги вместе с близкими людьми. В некоторых случаях может наблюдаться полная непереносимость переживаний, связанных с психическим отторжением опасности.

Фрустрация функции внешнего отграничения формируется в условиях деструктивной среды с установками на развитие личности в строго заданных и заранее предписанных границах, что формирует жесткое эмоциональное дистанцирование, которое при дефицитарном выражении может принимать формы размытости и сверхпроницаемости границ.

Невозможность полноценного развития личностной идентичности отражает фрустрация функции внутреннего отграничения. Деструктивное выражение данной функции ограничивает личность сугубо рациональным постижением действительности, обедняя постижение телесного и духовного опыта.

Деструктивный нарциссизм искажает возможности личности реалистично и последовательно воспринимать себя, фрустрируя потребность в чутком и заботливом отношении к развитию. Дефицитарная сущность нарциссизма наполняет личность формальными отношениями, лишенными человеческой теплоты и вовлеченности, ориентированными на конвенциальные нормы.

Деформация развития функции сексуальности проявляется фрустрацией потребности в партнерских и гармоничных отношениях, заменяя их на манипулятивную физиологическую деятельность, часто несущую травмирующий для личности характер. Другой крайностью

оказывается неспособность личности адекватно интегрировать сексуальную активность в систему межличностных отношений, оставляя ее на уровне восприятия как чисто механистическое взаимодействие.

Сравнение психодинамической структуры личности больных с нормативными данными помогает определить наиболее проблемную зону кризисной личности, реализовывающей аутоагрессивное поведение. Максимальная амплитуда и разброс между показателями шкал опытной и контрольной групп свидетельствует, что центральной проблемой такой личности является становление Я-границ. Гибкие и подвижные границы внешнего и внутреннего отграничения, являясь центральным пунктом развития психической интеграции, формируют в норме бесконфликтную, относительно свободную от давления внутренних потребностей и требований внешней реальности личность. Аутоагрессивная направленность поведения личности отражает недостаточное развитие этих функций, что препятствует нейтрализации агрессивной инстинктивной энергии.

Дефицитарный контекст. Разбирая дефицитарный контекст аутоагрессивного поведения, мы ведем речь не столько о дефицитарном характере психодинамической структуры личности, рассмотренном в предыдущем разделе, сколько о третьей структурной составляющей психологического кризиса, которая подразумевает дефицит информации.

Именно дефицит информации, необходимой для разрешения проблемы, создает представление о неразрешимости конфликта и безвыходности ситуации. Данный дефицит может носить объективный характер и быть обусловлен особой сложностью, неожиданностью и новизной проблемы, что исключает использование прошлого опыта. Он также может быть субъективным, связанным с особенностями психической деятельности личности (Г.В. Старшенбаум, 2005).

Выделение клинико-психологических особенностей личности, способствующих проявлениям описанного дефицитарного восприятия при аутоагрессивном поведении, может быть произведено с помощью усредненного профиля личности ММРІ больных данного контингента (рис. 2). Как видно на рис. 2, превышая пределы нормативного коридора, профиль характеризует состояние выраженного дистресса и личностной дисгармонии.

Депрессивные тенденции, определяемые пиком на второй, умеренным повышением на первой, вторым подъемом на седьмой и восьмой шкалах и снижением на девятой, значительно ограничивают продуктивность личности по оценке проблемной ситуации, восприятию новой и актуализации имеющейся в памяти информации. Такая личность не только имеет пониженное настроение, но и склонность к обо-

стремному переживанию неудач, к повышенному чувству вины, неуверенности.

Дисгармоничное сочетание представляет собой повышение на второй и шестой шкалах, которое отражает одновременно с существованием депрессивных тенденций проявления аффективной ригидности. Данные тенденции свидетельствуют о следовании личности жестким стереотипам поведения, длительной фиксации на негативных переживаниях, что также препятствует усвоению личностью нового опыта и извлечению уроков из старых ошибок, усиливая информационный дефицит.

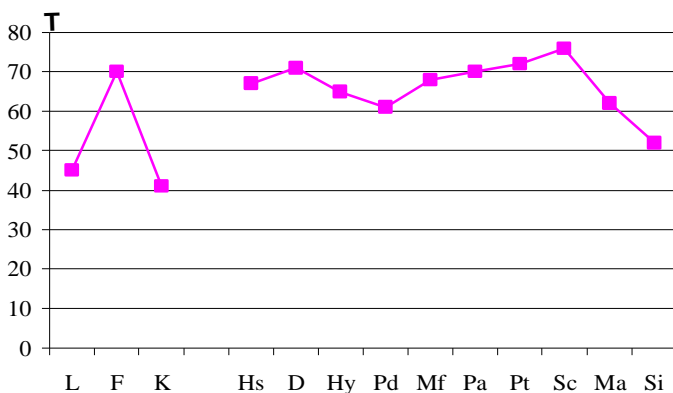


Рис. 2. Усредненный профиль ММРІ у больных ППР с аутоагрессивными тенденциями

Сочетание повышения профиля на шестой и восьмой шкалах обеспечивает признаки аутизации, отчужденности с чертами личностной ригидности и определенной долей экстернальности в локусе контроля, особенно в области межличностных отношений. Однако повышение на седьмой шкале несколько смягчает клиническую картину за счет высокого уровня тревожности и болезненных переживаний.

Контакты такой личности довольно обширны, но плохо организованы и своеобразны, лишены адекватной эмоциональной окраски и не служат реальным источником социальной поддержки при кризисной ситуации.

Таким образом, аутоагрессия является одной из наиболее частых форм реагирования на кризис личности, сформировавшейся в условиях дисгармоничной семейной среды. В недрах такой семьи, придерживающейся системы формального исполнения социальных ролей, ста-

новятся частой реальностью: эмоциональная депривация, внутрисемейная агрессия, злоупотребление алкоголем. Основной проблемой такой личности становится несформированность границ идентичности, что нарушает собственное самовосприятие и осложняет продуктивные интерперсональные отношения. Ригидность как личностная черта, тревожно-депрессивный эмоциональный фон, обедненность системы естественной социальной поддержки снижают адаптационные возможности и увеличивают риск суицида.

6.4. Роль духовного мировоззрения в психической адаптации при болезни

Для изучения влияния на уровень психической адаптации особенностей мировоззрения личности, связанных с духовной стороной жизни, из 916 обследованных с психической патологией выделены две группы больных.

В группу «верующих» вошли 40 человек, идентифицирующих себя с осознанной верой в Бога, в чьих взглядах и поведении практически не наблюдается расхождений с данным утверждением. Проявления их религиозных убеждений носят постоянный характер, могут реализовываться в форме внутренней веры и соблюдении религиозных обрядов. Для них характерно резко негативное отношение к практике суицида, а также убежденное неприятие всего связанного с магией и колдовством.

К группе «неверующих» отнесены 68 больных, обозначающих себя как неверующих, атеистов, а также больных с не сформировавшимися в этой сфере взглядами. К вере и религии, с их слов, они никогда не обращаются, как источник необходимой помощи и поддержки не признают.

Социокультурная характеристика верующих. Сравнение двух обозначенных выше групп больных по ряду общих для всего исследования параметров вырисовывает определенные социокультурные особенности верующих больных. Так, если различий в среднем возрасте ($32,25 \pm 14,56$ и $31,22 \pm 11,44$ года), а также возрасте начала заболевания ($28,33 \pm 11,97$ и $28,47 \pm 10,94$ года) между верующими и неверующими не наблюдается, то при сравнении по полу отмечается статистическая тенденция к преобладанию среди верующих больных женщин ($z=1,925$; $p=0,054$).

По религиозным предпочтениям верующие больные распределяются следующим образом: православные (85,0%), мусульмане (7,5%),

представители неправославных христианских конфессий (2,5%), народных традиционных верований (5,0%).

Верующие чаще формируют семьи по религиозному принципу ($z=4,163$; $p<0,001$), отдавая предпочтение представителям собственной конфессии ($z=5,003$; $p<0,001$). Браки с неверующими здесь крайне редки ($z=4,717$; $p<0,001$), а семейные ориентиры нацелены на большее количество детей ($z=2,567$; $p=0,010$).

Верующие больные не только стремятся к выполнению всех религиозных предписаний, но и достоверно чаще соблюдают национальные обряды и праздники ($z=3,675$; $p<0,001$), что отражает большую традиционность их мировоззрения.

В силу отмеченных особенностей конфликты с родителями у верующих нечасты. Второй после зрелого уважения стратегией, наиболее часто реализуемой ими в этих отношениях, является беспрекословное подчинение, что значимо отличает их от неверующих ($z=2,557$; $p=0,011$). В то же время эта позиция здесь не ведет к развитию скрытых конфликтов, доля которых здесь также мала ($z=2,801$; $p=0,005$).

Если в ситуации кризиса неверующие больные прежде всего полагаются на собственные возможности, то верующие чаще обращаются за реальной помощью к близким – родственникам и друзьям ($z=3,016$; $p=0,003$). Просоциальная направленность позиций верующих по-иному проявляется в случае обращения к психотерапевту и психологу, когда ставка делается прежде всего на профессионализм. Необходимость такого обращения в подавляющем большинстве случаев определяет лечащий врач ($z=3,593$; $p<0,001$) и гораздо реже – ближайшее социальное окружение ($z=2,057$; $p=0,040$).

Психодинамическая структура личности верующих. Доминирование в жизни верующего духовно-ценностных установок накладывает отпечаток на особенности структуры его личности как в норме, так и при болезни. Конструктивные функции личности при ППР мало связаны с фактором веры. Исключения составляют лишь внешнее и внутреннее «Я-отграничения», сниженные в сравнении с нормой показатели которых определяют у верующих некоторую закрытость, ригидность, тенденцию к обособлению от окружающего мира ($t=5,427$; $p<0,001$) на фоне гибкости чувственного постижения окружающего мира ($t=-2,268$; $p=0,025$).

Структура личности верующего в большей степени, чем неверующего, определяется низкими показателями деструктивной агрессии ($t=3,890$; $p<0,001$), деструктивного ($t=2,108$; $p=0,037$) и дефицитарного страха ($t=2,514$; $p=0,013$). Несмотря на наличие небольшого уровня тре-

воги, определяемой в процессе клинического наблюдения, он значительно ниже, чем у неверующих ($z=2,640$; $p=0,008$). Верующие также более доброжелательны, спокойны и уравновешенны, способны к соучастию и сопереживанию. В то же время они более автономны и самостоятельны.

Нормативный, но более низкий, чем у неверующих, уровень дефицитарного нарциссизма ($t=4,565$; $p<0,001$) соответствует большей развитости отношения к себе. В отличие от неверующих верующим не свойственны пессимизм, пассивность, зависимость, излишний конформизм и ощущение ненужности и неполноценности.

К ключевым характеристикам структуры личности верующих больных можно отнести также сравнительную зрелость границ внутреннего «Я-отграничения», определяющего продуктивный характер взаимоотношений сознания и неосознаваемого опыта ($t=2,601$; $p=0,011$), в связи с чем верующие в большей степени способны дифференцировать мечты и фантазии от реальных событий, они в состоянии более адекватно разделять реальные и нереальные аспекты чувствования, не позволяя эмоциям доминировать в формировании личностной активности.

Эмоционально-оценочная система верующих. Самоотношение, понимаемое как содержательное выражение смысла «Я» для личности, как сформированная и окрашенная определенными эмоциями модальность чувств, переживаний по отношению к себе, является яркой характеристикой эмоционально-оценочной системы личности.

Самоотношение личности, имеющей духовно-ценностные ориентиры, в состоянии психической дезадаптации пограничного уровня имеет значимые отличия от системы самоотношения личности с несформированными духовными ценностями или ценностями противоположного содержания.

В большей степени это касается тех структур эмоционально-оценочной системы, которые объединены оценкой собственной личности по отношению к социально-нормативным критериям моральности, успеха, воли, целеустремленности, социального одобрения и некоторых других. К примеру, в сравнении с неверующими верующие с ППР проявляют большую самоуверенность ($t=-3,358$; $p=0,001$), т.е. они чаще воспринимают себя как самостоятельных, волевых, энергичных, надежных людей, которым есть за что себя уважать. В связи с позитивной самооценкой у них реже возникает состояние внутренней напряженности.

Как ни странно, но у верующих с ППР выше уровень саморукводства ($t=-2,067$; $p=0,041$), который свидетельствует о наличии некое-

го внутреннего «стержня», интегрирующего личность, об уверенности в том, что их собственная судьба целиком находится в их руках. С учетом особенностей иррационального мировоззрения подобная уверенность может быть объяснена традицией полного предоставления верующими себя в руки высшего духовного начала, осуществляющего, по их мнению, необходимое руководство во всех проблемных ситуациях.

Более высокие в сравнении с неверующими значения отраженно-го самоотношения у верующих ($t=-2,848$; $p=0,005$) соответствуют их представлениям о том, что их личность, характер и деятельность способны вызывать у окружающих симпатию, уважение, одобрение. Данная ситуация скорее всего связана с той высокой значимостью, которую придают духовному росту, к которому они постоянно стремятся, как сами верующие, так и их духовные наставники.

Тесно связана с предыдущими шкала самоценности, которая у верующих также более выражена ($t=-2,848$; $p=0,005$). Отражая эмоциональное отношение к своему «Я», она характеризует верующих как чаще оценивающих себя с позиции внутренних критериев любви, добра, богатства внутреннего мира, что свидетельствует об уверенности в ценности собственной личности и для других.

Реализация копинг-поведения верующими. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях у верующих и неверующих больных, определяемое с помощью опросников Д. Амирхана и Э. Хайма, по большинству стратегий и по их интегральной оценке достоверно не различается. Тем не менее в каждой из трех психических модальностей копинга у верующих можно выявить свою определенную специфику.

Так, в когнитивной сфере неверующих больных дезадаптивная стратегия растерянности доминирует в оценке ситуации, в то время как у верующих она выражена незначительно ($z=2,163$; $p=0,031$), а преобладает адаптивная стратегия проблемного анализа, позволяющая найти приемлемые для ситуации объяснения происходящему.

На эмоциональном уровне основным отличием верующих от неверующих больных является полное отсутствие у первых аффективно выраженных стратегий совладания, в частности эмоциональной разрядки с рыданиями и плачем ($z=2,159$; $p=0,031$). Одновременно у верующих чаще встречается относительно адаптивная стратегия пассивной кооперации ($z=2,018$; $p=0,044$), позволяющая предоставлять решение собственных проблем людям, готовым оказать помощь. Выявляемые у каждого пятого неверующего гетероагрессивные тенденции абсолютно не характерны для верующих, что определяется и в процессе их клинического наблюдения ($z=2,220$; $p=0,028$).

На уровне поведенческой модальности копинга духовное мировоззрение верующих больных определяет большую распространенность среди них конструктивной стратегии альтруизма ($z=2,285$; $p=0,022$), предполагающей решение собственных проблем через оказание бескорыстной помощи другим людям, что характеризует состояние духовно зрелой личности.

Еще одним подтверждением характерности альтруизма для верующих является их более адекватное отношение принятия к душевно больным ($z=2,370$; $p=0,018$).

Описанная выше психологическая специфика личности верующего больного, нашедшая воплощение в соотношении ее структур, эмоционально-оценочной системе и стратегиях совладания, тесно связана с идеалистическим характером духовного мировоззрения. В процессе исследования клинических характеристик больных обнаружены дополнительные данные, раскрывающие влияние духовности на адаптивные и дезадаптивные процессы.

В частности, обнаружено, что верующие больные, в отличие от неверующих, имеют более благоприятные интегральные показатели психического здоровья T_α и T_β по методике МОПЗ ($-7,94$ и $-3,44$ против $-10,27$ и $-8,32$), что характеризует их как более психически активных и адаптивных. Средний срок лечения верующих также достоверно ниже, чем неверующих ($t=2,424$; $p=0,017$). В то же время удовлетворенность своим социальным функционированием после лечения в этой группе больных меньше ($z=3,317$; $p<0,001$), что тесно связано с менее глубоким уровнем осознания верующими в процессе лечения психологических механизмов возникновения заболевания ($z=3,257$; $p<0,001$) и нарушенных отношений личности ($z=2,799$; $p=0,005$).

Таким образом, как показывают результаты нашего исследования, этиопатогенез психических расстройств определяется формированием и динамикой состояния психической дезадаптации, весомый вклад в развитие которой, наряду с биологическими и психологическими факторами, вносят специфические социальные условия, этнокультурные особенности, своеобразие системы семейных отношений и духовного мировоззрения личности. Духовное мировоззрение личности при психических расстройствах, несмотря на некоторую ригидность установок, определяет ее большой адаптационный потенциал, который складывается из позитивного мировосприятия, готовности к сотрудничеству и самосовершенствованию, не противоречащему религиозно-конфессиональным нормам.

Глава 7

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ

7.1. Социокультурная модель психического здоровья

Анализ полученных в данном исследовании результатов позволяет представить следующую этиопатогенетическую схему формирования ППР, опирающуюся на концепцию системы отношений индивида с окружающей средой (В.Н. Мясищев, 1960; Б.Д. Карвасарский, 1990) и идеи о функциональных возможностях психической деятельности человека (Ю.А. Александровский, 2000). В рамках такого подхода здоровье и болезнь, в данном случае ППР, могут быть представлены как результат многокомпонентных процессов и многоэтапных реакций приспособительной направленности (рис. 3).

В качестве пускового момента процесса, который позднее может быть оценен как патогенный или саногенный, может выступать любое физическое, биологическое, психологическое или социальное воздействие. Называть его на этом этапе патогенным неправомерно, поскольку только в процессе внутриличностной переработки оно может приобретать негативный для данного индивида характер.

Фактор, воздействующий на человека, оказывает влияние на нескольких уровнях. Во-первых, на уровне биологического состояния организма. Наличие отягощенной наследственности, врожденных аномалий со стороны органов и систем, нарушений их деятельности вследствие болезней всегда снижает функциональные возможности организма. Второй уровень восприятия любого воздействия – уровень психического состояния и психологических свойств личности.

Адаптационные возможности индивида здесь соотносятся с особенностями его эмоциональной сферы, мыслительной деятельности и поведенческой активности. Через конституциональные и нейродинамические характеристики прослеживаются связи с биологическим субстратом. Другая часть личностных особенностей определяется влиянием социальных условий (характером воспитания, ранним опытом социализации и др.).



Рис. 3. Концептуальная схема этиопатогенеза ППР

Негативное для личности содержание воздействия может быть также связано с непредсказуемыми особенностями конкретной ситуации, часто носящей случайный характер. Именно в эту категорию могут быть отнесены обстоятельства исключительно угрожающего или

катастрофического характера, вызывающие состояние дистресса почти у любого человека, столкнувшегося с ними. Наиболее частым клиническим оформлением последствий таких ситуаций является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Результаты воздействия природных и социальных факторов на психическую и соматическую сферы организма, прежде чем вызвать его определенную реакцию, реализуются, по нашему представлению, через плоскость социокультурной среды. Именно этот буферный уровень предполагает систему мощных противовесов, нейтрализующих потенциально стрессирующие факторы воздействия и повышающих индивидуальный уровень функциональной устойчивости личности и организма в целом.

Протективная роль социокультурной среды обеспечивается, на наш взгляд, смысловым характером ее сложной структуры, представляющей собой находящуюся в динамическом равновесии систему взаимосвязанных по многим составляющим контекстов (рис. 4).

Так, в широком содержании *макросоциального контекста* обобщены такие категории, как политико-экономическая ситуация в обществе, доминирующие социальные нормы и ценности, уровень развития социальной инфраструктуры, системы общественного здравоохранения и психологической помощи, жилищно-бытовые и материальные условия жизни. *Микросоциальный контекст*, понимаемый как ближайшее окружение индивида, связанное с ним системой родственных, дружеских, соседских, общинных и коллегиальных отношений, играет важную роль психологической и инструментальной поддержки, выполняя функции сети непрофессиональной помощи.

Семейный контекст определяется возможностями получения естественной социальной и психологической поддержки в структуре гармонично функционирующей семьи, которая не только является первичной средой социализации личности, но и создает идеальные условия для формирования и проявления важных противоположно направленных личностных качеств – автономии и единения. *Этнокультурный контекст* связан с усвоением личностью в процессе вертикальной и горизонтальной трансмиссии присущих конкретной культуре национальных, этнических и религиозных особенностей миропонимания и поведения и соотносится с такими понятиями, как менталитет, этническая идентичность, национальные традиции, вера, обряды и обычаи, родной язык и другие. В процессе усвоения групповых норм и ценностей здесь формируется индивидуальный образ мира, который проявляется в устойчивых представлениях и суждениях о жизни и бытии, о собственном месте и роли в жизни.

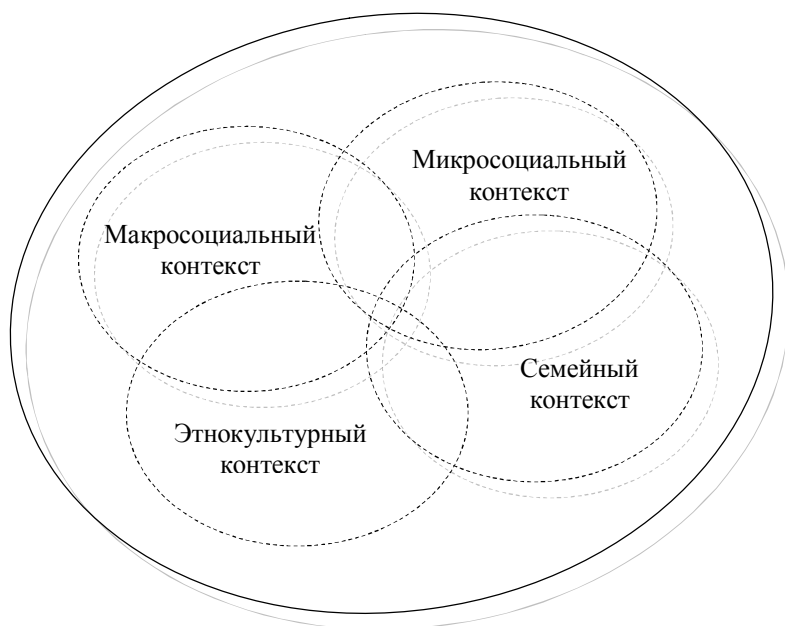


Рис. 4. Контекстная структура социокультурного уровня

Преломляясь сквозь плоскость социокультурной среды, многие факторы, несущие деструктивный для индивидуального и общественного здоровья заряд, значительно уменьшают свою интенсивность и актуальность. При снижении буферных возможностей социокультурной среды в области одного из контекстов или в случае доминирования в его содержании негативных и определенно агрессивных тенденций роль защитных функций остальных структур компенсаторно возрастает. Однако стоит принять во внимание, что протективные возможности социокультурной среды не в состоянии обеспечить полной защиты личности от стрессовых влияний.

Патогенный или непатогенный характер воздействия определяется именно на этапе индивидуальной оценки ситуации, где основополагающую роль играет система отношений личности с окружающей средой. Восприятие воздействующего фактора как высоко значимого для системы отношений личности и оценка его с позиции высокой степени угро-

зы по отношению индивида к самому себе нарушает самосознание личности и ведет к появлению эмоционального напряжения и сбою в системе саморегуляции.

Помочь привести в функциональное равновесие разбалансированную в результате влияния теперь уже патогенного фактора систему нарушенных отношений личности призвана деятельность компенсаторно-приспособительных механизмов. Среди них можно выделить механизмы психологической защиты как неосознанные реакции личности, направленные на изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений с целью ослабления их психотравмирующего влияния на самоотношение личности. Предохраняя сознание от болезненных переживаний, они таким образом снижают эмоциональное напряжение и обеспечивают состояние относительной адаптации.

Более конструктивную, деятельную роль играют механизмы совладания, представляющие собой сознательные и активные усилия личности, направленные на овладение проблемой и ее преодоление. Реакции совладания могут быть нацелены на изменение окружающего мира, собственной личности или на то и другое одновременно. Оценка степени конструктивности стратегий совладания в различных обществах носит относительный характер в силу ее тесной связи с особенностями социокультурной среды и должна производиться только по результатам успешности самого приспособительного процесса.

Следовательно, эффективное применение адаптивных компенсаторно-приспособительных стратегий обеспечивает снятие эмоционального напряжения, восстановление функционального равновесия в психическом и физическом состоянии индивида. При обращении личности к неадаптивным защитным механизмам и стратегиям совладания происходит непосредственное формирование ППР через состояние выраженной психической дезадаптации либо через развитие неклинических психодезадаптационных реакций, которые под воздействием новых патогенных ситуаций могут приводить к более позднему возникновению ППР.

Иначе говоря, деятельность компенсаторно-приспособительных механизмов как способствует активации личностных и социальных адаптационных ресурсов, так и выступает в роли детерминирующих, усугубляющих или провоцирующих воздействий в развитии пограничных состояний. Социокультурная среда, в свою очередь, способна усиливать или уменьшать субъективную тяжесть объективно болезненного состояния или состояния здоровья в восприятии индивида, формируя, таким образом, его индивидуальные эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции патогенной или саногенной направленности.

В заключение важно отметить, что формирование ППР является сложным многозвенным процессом, патологический характер которого в большинстве случаев определяется не только недостаточностью индивидуальных биологических и психологических механизмов адаптации, но и функциональным несовершенством тех или иных контекстов социокультурной среды, которая обладает большим протективным потенциалом в отношении функционирующей в ней личности. Следовательно, стратегия и тактика помощи и профилактики должна строиться с учетом механизмов прицельного воздействия на звенья и этапы этиопатогенеза ППР.

7.2. Социокультурные реалии психотерапии

Чувашская культурная система является, как правило, наиболее распространенной в условиях Чувашии средой как формирования ППР, так их лечения и профилактики. Опираясь на специфику этнического менталитета и на данные клинико-психологического обследования больных ППР, можно выделить круг актуальных социокультурных по своему происхождению проблем, требующих учета в психотерапевтической практике.

Концепция психического расстройства. Большинство обращающихся за психотерапевтической помощью больных с ППР себя психически больными не признают, а считают, что в основе их состояния лежат соматические симптомы, вызванные физиологическими нарушениями – физическим перенапряжением, болезнями внутренних органов, последствиями черепно-мозговых травм, неправильным характером питания и несоблюдением режима труда и отдыха, экологическими проблемами, физиологическими реакциями организма на стрессовые ситуации. Единственным показателем нездоровья, по их мнению, является неспособность выполнения привычной трудовой деятельности. Психосоциальный характер происхождения проблемы активно признается лишь в отношении негативного влияния окружающих. Тогда появление психопатологических симптомов объясняется как соматическое неблагополучие, возникшее в результате негативного воздействия других людей – ненависти, зависти, злого умысла, колдовства или порчи. В объяснении происхождения заболевания, как правило, прослеживается внешний локус контроля.

Психосоматические соотношения. Предъявление психических жалоб в рамках чувашской культуры обычно затруднено. Во-первых, привычный контроль эмоциональных импульсов не способствует формированию системы тонкой дифференциации психических состояний. Во-

вторых, психические жалобы не служат в глазах социума достаточно веским основанием для снижения уровня требований к индивиду, в частности для получения послабления в трудовой деятельности, которая занимает одно из центральных мест в системе ценностей чувашей. В связи с этим гораздо чаще и активнее предъявляются соматические жалобы. Нередко, отражая физическое воплощение психологических проблем, они позволяют больному официально обращаться за медицинской помощью и приобретать в глазах общественного мнения статус «истинного больного». Одновременно они настраивают его на пассивное получение лечения в соответствии с положением соматического пациента без необходимости разбора деталей его личной жизни.

Отношение к системе охраны психического здоровья. Отношение к службе психического здоровья у большинства больных ППР настоящее. Сам факт обращения в данную структуру при отсутствии видимых для окружающих нарушений поведения может расцениваться в чувашской культуре как довольно постыдный, свидетельствующий, с одной стороны, о личной слабости человека, его неспособности справиться с проблемами самостоятельно, с другой – о наличии «родового греха», весьма негативно характеризующего его семейно-родственную структуру в нескольких поколениях, что также бросает тень и на его близких.

Наиболее выраженные опасения в обществе вызывают контакты с психиатром, чуть менее – с психотерапевтом, более позитивное отношение населения – к психологу. В то же время часть больных не в состоянии сформулировать различия в специфике деятельности этих специалистов и с одинаковой напряженностью опасается всех. Обращение за консультацией в таких случаях происходит только по устойчивому требованию участкового, семейного врача или невролога.

Повышенная настороженность проявляется и в отношении к фармакотерапии. Часто, даже согласившись на словах, чтобы не обидеть врача, больные в реальности избегают приема психотропных средств, ориентируясь на представления о том, что лекарства вызывают необратимые изменения в деятельности организма и «лишают» человека «собственной воли». При всем этом сам процесс непосредственной психотерапии может вызывать у них состояние откровенного недоумения, так как, по их мнению, не является лечением как таковым, а представляет собой исключительно «пустопорожние разговоры».

Альтернативные системы помощи. Деятельность альтернативных целителей (экстрасенсов, знахарей, колдунов), а также религиозные формы помощи в сознании больных не противопоставляются официальной системе медицинской и психологической помощи, а рассматри-

ваются как оправданно сосуществующие и взаимодополняющие друг друга. Причем обращение к неофициальным вариантам помощи нередко предшествует обращению к специалистам службы психического здоровья. Большую роль в этом процессе играет семья и родственники больного, которые во многом определяют приоритеты обращения.

Гендерные аспекты психотерапии. Патриархальные традиции чувашской семьи и ориентиры на уважение старших могут осложнять психотерапевтические взаимоотношения в диаде, когда специалистом является женщина или более молодой по возрасту специалист. Такие взаимоотношения могут рассматриваться пациентом как недостаточно серьезные. Большое количество усилий в таком случае приходится тратить психотерапевту на то, чтобы не только продемонстрировать свой профессионализм, но и закрепить его в глазах пациента, и что самое важное – в глазах его родственников.

Взаимоотношения в разнополой психотерапевтической диаде могут также сопровождаться увеличением дистанции между специалистом-мужчиной и пациентом-женщиной, в частности избеганием контакта глаз и тактильного контакта, что не следует расценивать как усиление сопротивления со стороны больного, а лучше воспринимать как культурную специфику гендерных взаимоотношений у чувашей. В таком случае физическую дистанцию лучше не сокращать.

Роль семьи. С учетом того, что семья в жизни чувашей имеет довольно большое значение, она часто играет важную роль в психотерапевтическом процессе. Болезнь одного члена семьи не является его личной проблемой, а затрагивает каждого. При этом принятие решения о лечении не является исключительной прерогативой больного. Решающую роль в этом процессе нередко играет старшая женщина в семье, которая сопровождает больного на консультацию к специалисту и активно участвует в беседе, в ходе которой старается представить собственную картину понимания заболевания и внимательно следит за предоставлением только «необходимой», на ее взгляд, информации. Формально, не будучи вовлеченной в психотерапию, семья тем не менее формирует отношение больного к получаемому лечению. Поэтому важно уже с первых дней активизировать продуктивное участие значимых семейных фигур в психотерапевтическом процессе с целью нейтрализации их потенциально негативных воздействий.

Особенности коммуникации. Манера межличностного общения чувашей определяется склонностью к эмоциональной сдержанности, избеганию конфронтации и тенденцией к сохранению доброго имени своего и своих близких. В таких условиях установление продуктивного контакта может быть затруднено. С одной стороны, часть информа-

ции может скрываться больным не из желания утаить что-то важное о себе, а по причине оставить незатронутым достоинство остальных членов семьи. С другой – согласие с предлагаемыми формами и методами лечения может быть вынужденным из-за нежелания вступать в явное противоречие со специалистом.

Развитие доверия становится возможным лишь в ситуации, когда психотерапевт демонстрирует открытость, которая не ограничивается лишь взаимоотношениями в рамках лечебного процесса. В таком случае больной начинает воспринимать специалиста не просто как профессионала, а как духовно близкую личность, к которой испытывает благодарность и почтение.

Роль языка коммуникации. Психотерапия, проводимая психотерапевтом на родном для пациента языке, при прочих равных условиях, несомненно, имеет больший потенциал эффективности. Однако сам факт полного языкового соответствия не является безусловной гарантией успеха. Гораздо большее значение имеет глубинное содержание психотерапевтического процесса, нежели его форма, определяемая в том числе языком. Основная масса населения Чувашии, несмотря на то, что он не является для нее единственным, в совершенстве владеет русским языком и вполне в состоянии проходить на нем психотерапию. Единственным исключением здесь могут считаться пожилые сельские жители с низким уровнем образования, в отношении которых психотерапия все-таки предпочтительнее на чувашском языке.

Содержание психотерапевтического процесса. В силу коллективистского характера чувашской культуры личность в процессе психотерапевтического воздействия не может рассматриваться в отрыве от группы, а сама психотерапия не может строиться на противопоставлении индивида семье или иному сообществу. Проблемы развития личности здесь целесообразнее всего рассматривать не в контексте ее отделения от первично значимых фигур, а с точки зрения соотношения с интересами, целями и задачами группы и семьи. Тогда и проблема выбора между несколькими альтернативами определяется не столько изолированными потребностями индивида, а сколько степенью их соответствия потребностям значимой группы, в которой он функционирует.

Может сложиться мнение, что психотерапия, ориентирующая пациента на значимую для него социальную группу, не может обеспечить достижение им состояния адекватного психологического комфорта, так как группа значительно ограничивает индивидуальные возможности индивида. Однако коллективистская психология имеет такое неоспоримое преимущество, как возможность группы давать чрезвычайно важные для

личности ощущения безопасности, защищенности, принадлежности, а также психологическую и инструментальную поддержку.

Параметры психотерапевтического процесса. По причине настороженного отношения к службе психического здоровья большинство больных ППР в рамках чувашской культуры ориентированы на кратковременное лечение продолжительностью не более двух недель. Часть больных предпочитает кратковременную психотерапию одной встречи. В соответствии с социокультурной моделью здоровья и болезни, характером отношения к авторитетам, формирующим ожидания больных, психотерапия должна быть сугубо директивной, а позиция пациента – пассивной. От специалиста здесь ждут четкой квалификации состояния и принятия единоличного решения о необходимом лечении, которое и назначается больному.

Обсуждение с психотерапевтом вопросов жестких временных ограничений психотерапии или вопросов ее оплаты, в особенности в начале лечения, воспринимается больным очень негативно и расценивается, как нежелание специалиста оказывать реальную помощь. Такие ситуации часто заканчиваются прекращением лечения по инициативе самого больного.

Возможности интеграции традиционных практик. Рассматривая основы культурно ориентированного подхода, невозможно обойти вопрос повышения эффективности лечения ППР за счет интеграции в систему психотерапевтической помощи элементов традиционных практик, к которым нами отнесены характерные для чувашской культуры целительные и религиозные системы. Данная концепция не означает непосредственного и безоговорочного включения в психотерапию больных ППР техник и методик, используемых знахарями, колдунами, целителями или служителями религиозных конфессий. Речь идет о взятии на вооружение психотерапии в отношении части больных ППР некоторых стратегий традиционных практик, что делает психотерапию более узнаваемой и отвечающей ожиданиям пациентов.

Данное положение прежде всего касается распределения ролей в терапевтической диаде. В традиционных целительных и религиозных системах лечащий всегда активен, а исцеляемый – пассивен. Целитель указывает, советует, направляет, наставляет, предпринимает конкретные действия – проводит ритуал, произносит заговор, читает молитву. Исцеляемый воспринимает целителя как харизматическую фигуру, как всемогущего и любящего отца, что усиливает его веру в исцеление. Близких к этим ощущений многие больные ППР ждут и от психотерапевта, которому для этого необходимо занимать четко выраженную авторитарную позицию.

В соответствии с традиционными представлениями исцеление – это всегда таинство, которое не может произойти в результате размеренного хода событий. Исцеление требует иного эмоционального состояния, которое сопровождается интенсивными эмоциональными реакциями – возбуждением, страхом, изумлением, восторгом. Поэтому от психотерапевта, работающего в рамках чувашской культуры, требуется виртуозное владение техниками, которые, с одной стороны, вызывают у пациента состояние измененного сознания, с другой – повышают его авторитет как специалиста. Только изменения, происшедшие с ним в ходе такой трансформации, будут расцениваться пациентом как позитивные и эффективные.

В этом смысле большим потенциалом обладают суггестивные техники воздействия, которые имеют богатый, исторически обусловленный опыт развития и широкое применение в стране. Наряду с ними сюда также могут быть отнесены сравнительно новые методики нейролингвистического программирования и трансперсональной психотерапии, вводящие пациента в состояние нового эмоционального опыта.

Работа со сновидениями является еще одним важным ресурсом психотерапии, который тесно связан с особенностями традиционных представлений чувашской культуры. Интерпретация сна специалистом, основанная на психоаналитическом, психодраматическом или гештальт-подходе, вне зависимости от содержания интерпретации позволяет ясно обозначить перед пациентом необходимость глубокой психологической работы не только на уровне проблемы, но и на уровне личности.

Опираясь на древние религиозные представления чувашей, связанные с дуалистическим мировосприятием, можно ориентировать больных на философское восприятие негативных ситуаций и проблем как оборотной стороны позитивных событий, совместное существование которых является неотъемлемым условием всеобщей гармонии.

При обращении больных ППР, находящихся в состоянии кризиса, к канонам христианского учения и ислама психотерапевт получает возможность помочь им увидеть новые значимые цели в своем внутреннем мире, обрести утерянный в результате снижения самооценки смысл жизни. Нормализация психического состояния больного становится реальной в результате действия такого религиозного механизма, как снижение в глазах человека значимости бытовых и культурных ценностей, которым в обыденной жизни он уделяет необоснованно большое внимание (Р.М. Грановская, 2004).

Религиозные аспекты психотерапии с позиции христианства и ислама также становятся чрезвычайно важными для чувашской культуры

с учетом традиционных вариантов дезадаптивного копинг-поведения, связанных со злоупотреблением алкоголя и суицидальными тенденциями в поведении. Наряду с психотерапией именно духовное мировоззрение в состоянии расширить жизненные перспективы личности с негативной оценкой собственной жизни, обеспечить стабильность ее душевного равновесия и условия дальнейшего адаптивного развития.

7.3. Базовые психотерапевтические подходы

Несправедливо утверждать, что рассмотренные особенности психотерапии применимы исключительно к представителям чувашской культуры и что психотерапия в отношении всех лиц чувашской национальности должна строиться сугубо на описанных выше принципах. Анализ особенностей психотерапии в условиях бикультурного характера региона, а также направленности социокультурной трансформации современного общества приводит к осознанной необходимости разработки гибких межэтнических психотерапевтических подходов, которые были бы ориентированы на различный уровень включенности личности в современную культуру. В основу разработки таких подходов в данном исследовании положено фундаментальное допущение о том, что эффективность психотерапевтического процесса определяется соответствием применяемых специалистом средств, форм и методов воздействия ожиданиям пациента, а также готовностью последнего к проявлению собственной активности в процессе лечения (Е.Л. Николаев, 2000-2004). В соответствии с этим для лечения ППР нами предложена система структурного разграничения психотерапевтических вмешательств на два базисных подхода, основные различия между которыми представлены в табл. 2.

Так, *рецептивный подход* в большей степени ориентирован на те клинические, психологические и социокультурные группы больных ППР, в которых наиболее оптимальным пониманием болезни является рассмотрение ее как результата снижения приспособительных возможностей организма вследствие действия внешних, трудно контролируемых им факторов.

Глубокий анализ личностных проблем здесь не предусмотрен, так как болезнь, по мнению больного, имеет внешний источник происхождения. Основная работа ведется с психопатологическими проявлениями и последствиями проблемных ситуаций, устранение которых расценивается больным как высокоэффективное лечение. Такой подход предусматривает пассивное участие пациента в лечебном процессе, в ходе которого психотерапия может применяться наряду с фарма-

котерапией и другими методами биологического воздействия (физиотерапией, рефлексотерапией, мануальной терапией), часто имеющими большее значение для самого пациента.

Таблица 2

Содержательные различия базовых психотерапевтических подходов при ППР

Параметр	Рецептивный подход	Продуктивный подход
Концепция патологии	Истощение физиологических и психологических приспособительных механизмов организма, вызванное внешними воздействиями, несущими негативный для личности характер	Расхождение сознательных и бессознательных процессов, стереотипов мыслительно-поведенческой деятельности и их последствий, целостности мыслей, чувств и поведения
Атрибуция заболевания	Внешняя	Внутренняя
Основная цель воздействия	Достижение физического комфорта организма и психологического равновесия личности	Приобретение личностью способности к самостоятельному адаптивному функционированию
Предмет воздействия	Проблемные ситуации, психопатологические симптомы	Нарушенные сферы и структуры личности
Формы воздействия	Индивидуальная, в группе	Индивидуальная, групповая, семейная
Средства воздействия	Совет, убеждение, разъяснение, внушение, эмоциональная поддержка, научение, позитивное подкрепление	Интерпретация, информирование, отреагирование, эмоциональная поддержка, конфронтация, обратная связь, межличностное влияние, моделирование
Механизмы воздействия	Снятие эмоционального напряжения, дезактуализация неконструктивных когнитивных моделей и поведенческих стереотипов	Переработка негативного эмоционального опыта, расширение когнитивного репертуара, модификация дезадаптивного поведения
Позиция психотерапевта	Преимущественно директивная	Преимущественно недирективная
Позиция пациента	Пассивная (принимающая)	Активная (деятельная)
Роль психологических воздействий	Может быть вспомогательной	Ведущая
Использование непсихологических средств воздействия	В качестве основного средства	В качестве дополнительного средства
Характер изменений в процессе психотерапии	Повышение психологической устойчивости организма	Формирование личностной компетентности
Интегративный потенциал	Возможно заимствование определенных элементов традиционных практик с их адаптацией	Возможна интеграция методик различных направлений на единой теоретической основе

Специалист самостоятельно определяет порядок и объем лечения и полностью принимает на себя ответственность за ход и результаты лечения. Само воздействие чаще всего осуществляется в директивной форме. Однако при этом психотерапевту важно сохранять позитивность отношения, открыто проявляя эмпатию и дружелюбие. Больной здесь часто ожидает конкретных советов, что необходимо учитывать и в приемлемой форме удовлетворять эту потребность. От пациента требуется регулярное посещение специалиста, точное выполнение инструкций и заданий. Внимание на личной активности пациента обычно не фокусируется. Предпочтительной формой работы является индивидуальная, но допускается и совместная работа в группе с другими больными для индуцирования положительного эффекта. Поскольку глубокое межличностное взаимодействие при этом не предусмотрено, групповая динамика в таком процессе не развивается.

Собственно групповая психотерапия в рамках такого подхода обычно проблематична, так как больные часто не в состоянии выйти на уровень доверительных отношений с другими участниками и больше ориентируются на авторитетную фигуру психотерапевта.

К рецептивному подходу можно отнести классические гетеросуггестивные техники, рациональную психотерапию, методы поведенческой терапии, арт-терапию, музыкотерапию, терапию творческим самовыражением, трансперсональную психотерапию, символдраму, различные ролевые тренинги. Прием лекарственных средств в случае проявления их плацебо-эффекта также может расцениваться как психотерапия в рамках рецептивного подхода.

Не затрагивая роли личности в формировании патологической ситуации, психотерапия в рамках рецептивного подхода дает пациенту весомое ощущение поддержки и позволяет добиваться положительных изменений в его состоянии. Данный подход апеллирует к природной способности человека искать, находить и воспринимать помощь, адекватную сложности конкретной ситуации. Его основным положительным моментом является соответствие наиболее частым запросам пациентов: быстроте положительных изменений, минимуму собственных усилий, необязательности раскрытия психоэмоциональных переживаний.

Содержательная основа рецептивного подхода обнаруживает высокую ориентированность на личность, которую в большей степени можно идентифицировать с сельской, иррациональной и традиционной культурами, что чаще свойственно чувашам старшего поколения. При этом может наблюдаться сопряженность с компенсационной формой психической дезадаптации личности при ППР. Еще одним условным критерием применения рецептивного подхода в психотерапевтической практике

может быть клинический вариант ППР. В силу меньшей роли психогенного фактора в происхождении психопатологической симптоматики опора на рецептивный подход более оправданна при НПР, РЛП, а также на начальных этапах лечения АР.

Продуктивный подход в психотерапии, в противовес рецептивному, предусматривает активизацию деятельности самого пациента, которая невозможна без осознания уровня развития проблемы, имеющей психогенный характер ситуационного, личностного уровня или уровня формирования личности.

При продуктивном подходе инициатива в лечении принадлежит пациенту наравне с психотерапевтом. Такой подход направлен на личность и потому предусматривает высокую мотивацию и активное участие пациента в процессе лечения, его стремление к позитивным изменениям на основе глубокой проработки нового для него опыта в области эмоций, когнитивий, поведения, готовности к тому, что называется личностным ростом и развитием.

В таком случае наибольшую эффективность приобретают групповые формы работы, так как именно они позволяют индивиду в процессе интенсивного общения в условиях искусственно созданной микросоциальной среды осознавать и решать внутриличностные проблемы, нарушающие его адекватное функционирование в реальной социокультурной среде. Семейная форма психотерапии позволяет конструктивно адаптировать индивида к условиям актуальной для него семейной структуры.

Позиция психотерапевта, как правило, недирективная и может соответствовать роли нейтрального эксперта, равноправного партнера или эмпатического фасилитатора. Позитивная динамика в ходе психотерапии обычно сопровождается положительными изменениями во всех трех сферах психической деятельности.

Поскольку лечение здесь в первую очередь направлено на личность, то ведущее значение психотерапии вполне оправданно. Биологические методы лечения оказывают неспецифическое нормализующее влияние на деятельность вегетативной нервной системы и общее психическое состояние.

Основные техники психодинамического, когнитивного, гуманистического направлений современной психотерапии могут с полным основанием быть отнесены к продуктивным, поскольку сопровождаются интеллектуальным осознанием, эмоциональным отреагированием и последовательным закреплением в поведенческом стереотипе. Все это способствует продуктивным изменениям, затрагивающим глубокие структуры личности и носящим стойкий характер.

За счет относительной сохранности потенциала внутриличностных ресурсов и доминирования в установках активности, целеустремленности, деятельности более восприимчивыми к продуктивному подходу являются больные ППР с мобилизационной формой психической дезадаптации. Психогенный характер расстройств обуславливает преимущественную направленность продуктивной психотерапии на больных из группы НР, ПР и АР на этапах продолжающегося лечения.

Содержательные критерии данного подхода более соответствуют личности, в социокультурном статусе которой основную роль играют ценности рациональной, городской и техногенной культуры. В сравнительном этническом плане это чаще относится к представителям русской национальности, а также к больным ППР молодого возраста.

В то же время ситуация применения того или иного базового психотерапевтического подхода при ППР не ограничивается только определенным сочетанием индивидуально-психологических, клинико-психопатологических и социокультурных факторов. Соотношение значимости и возможности использования рецептивного и продуктивного подходов определяется также этапами лечения.

7.4. Иерархия потребностей личности в психопрофилактике

Любые меры психопрофилактики не могут в полной мере реализовываться без учета социокультурных особенностей населения региона, которое в Чувашии во многом имеет социоцентрическую направленность и высокий удельный вес иррациональных установок. Именно поэтому в качестве концептуальной основы системы психопрофилактики ППР нами предложены идеи А.М. Карпова (2005) о биопсихосоциальной структуре потребностей человека (рис. 5).

Согласно этим представлениям все жизненно важные потребности личности можно подразделить на телесные (биологические и обеспечивающие их материальные), душевные (социальные, правовые, культурные) и духовные (духовно-нравственные). Причем состояние психического здоровья и благополучия личности будет определяться их адекватным соотношением.

При избыточном внимании к телесным и материальным потребностям личность не столько обедняет и примитивизирует свою жизнь, сколько разрушает собственное здоровье, формируя зависимость от еды, алкоголя, табака, наркотиков, секса, физических упражнений, денег и т.п. Акцент на социальных потребностях также

способен разбалансировать уравновешенность биопсихосоциальной структуры личности, приводя к коммуникативным девиациям, аутоагрессивному поведению, патохарактерологическим реакциям.

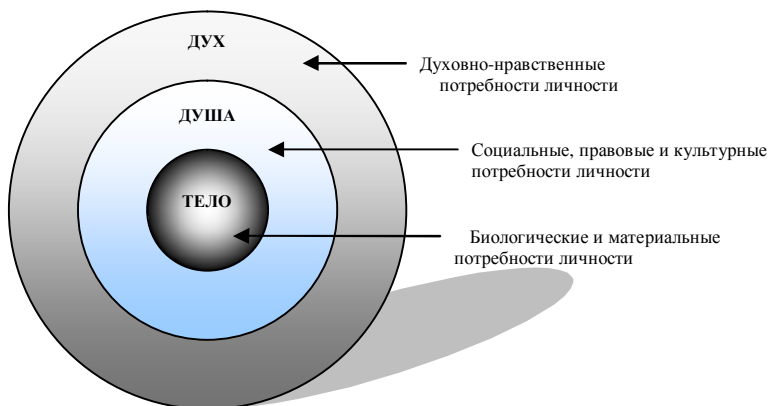


Рис. 5. Иерархическая структура потребностей гармонично функционирующей личности (по А.М. Карпову, 2005)

Духовно-нравственные потребности отражают преобладание духовно-ценностных, нематериальных интересов как смыслообразующего стержня, дающего личности возможность соотнести себя и мир, организовать свое видение бытия, построить согласованные отношения с окружающими и природой. В способности к мироощущению, мировоззрению и миропониманию в системе духовных координат нам видится кульминация развития личности, свидетельство ее подлинной зрелости и гармоничности. При всем том данный уровень потребностей не должен по своим масштабам перекрываться телесными или социальными потребностями. С другой стороны, он должен быть тесно с ними взаимосвязан, в противном случае может приводить к формированию сверхценных образований фанатического характера.

Иначе говоря, масштабы материальных потребностей гармонично функционирующей личности должны ограничиваться рамками социальных потребностей (социокультурными нормами), а ее социальные потребности – подчиняться духовным (смысловым) ценностям, имеющим вневременное значение.

Данная концепция иерархической структуры потребностей личности, отражающая совокупность традиционно доминирующих в

обществе ценностей, рассматривается нами как ключевая в системе психопрофилактических мероприятий при ППР. Принятие ее в качестве стратегической основы укрепления психического здоровья населения на государственном уровне позволило бы оптимально расставить приоритеты первичной, вторичной и третичной профилактики, сохранить и укрепить сеть естественной социальной поддержки, устранить структурные барьеры на пути обеспечения психического здоровья в сфере образования, здравоохранения, других социальных сфер, а также в СМИ.

Более того, представленная концепция является оптимальным средством индивидуальной и семейной психопрофилактики, поскольку ее использование в качестве смыслоопределяющего жизненного ориентира помогает личности значительно повысить эмоциональную устойчивость, развить навыки преодоления проблем, поддерживать эффективные межличностные отношения.

* * *

Подводя итог второй части монографии, следует еще раз обозначить, что данное этнокультурное исследование, выполненное в рамках примордиального подхода, позволяет оптимально учитывать сложный характер клинико-психологических и социокультурных соотношений, определяющих этиопатогенез и клиническую динамику ППР и соответствующую им систему действенных лечебных и профилактических мероприятий.

В данном исследовании на большом фактическом материале проведен комплексный анализ феноменологии ППР, опирающийся на многофакторное сравнительное исследование клинических, психологических и социокультурных параметров больного и здорового населения Чувашии. Получены сведения о специфических социокультурных факторах, влияющих на состояние психического здоровья личности. Сформулировано понятие о пограничном уровне психической дезадаптации с выделением многоуровневой структуры ее клинико-психологических форм, типов и вариантов. Описано патологизирующее влияние комплекса факторов, связанных с этнокультурной диссоциацией и религиозно-этнической индифферентностью личности, ее иррациональными установками, незрелостью семейной структуры и аутодеструктивной насыщенностью среды. На основе результатов исследования разработаны культурно ориентированные подходы к психотерапии, предложены пути совершенствования психопрофилактики с учетом социальной ситуации в обществе.

Часть третья

**Конструктивистский
дискурс проблемы:
психическое здоровье
таджикских беженцев
при репатриации**

*Шунидан кай бувад монанди дидан? –
Разве слышанное может сравниться
с виденным?*

Таджикская пословица

Отличительной особенностью конструктивистских теорий является понимание этноса как общности людей, формирующейся на основе культурной самоидентификации по отношению к другим общностям, с которыми они находятся в фундаментальных связях. Данные концепции получили обоснование и развитие на материале изучения адаптации переселенцев в западных странах с эмигрантским прошлым (Канада, США, Австралия). Трагическая и вместе с тем уникальная ситуация глобальных политических процессов в странах центрально-азиатского и кавказского регионов, вызвавшая в начале 1990-х гг. массовые перемещения населения, позволила взглянуть на данную проблему с принципиально новой стороны.

Если в классических работах Дж. Берри и его последователей предметом изучения являлось этническое самосознание мигранта в его взаимодействии с иными ценностями и культурой, то в настоящем исследовании в качестве чуждого и бросающего вызов беженцу объекта рассмотрена собственная культурная среда. Важнейшим условием для драматической раздвоенности и бинарной оппозиции единого по своей сути этноса явилась такая глубинная характеристика индивида, как его духовность.

В представленном исследовании нет прямой апелляции к работам конструктивистов, отсутствуют специфичные понятийный аппарат и лексика, вместе с тем некоторые особенности методологии и категорий анализа позволяют причислить его к конструктивистским. Как и большинство конструктивистов, автор концентрируется на проблемах аккультурации (социально-психологической адаптации) беженцев в стране в изменившихся за время их отсутствия условиях. Особое внимание уделяется неадекватным новой культурной реальности установкам репатриантов: склонности к ориентации на внешнюю помощь, (расчет на льготы, предусмотренные прежним законодательством СССР, участие властей и международных организаций в обустройстве их мирной жизни), нежеланию контактов с прежними соседями и местными органами власти из-за страха быть непонятыми или отвергнутыми. Подобно конструктивистам автор изучает клиническое значение таких культурно значимых факторов, как обычаи, степень информированности о судьбе близких, длительность пребывания в местах вынужденного поселения. Вместе с тем отличительными особенностями дан-

ной работы, продолжающей серию публикаций Д.М. Мухамадиева с соавт. (2000- 2010), а также работ Т.Б. Дмитриевой, К.Л. Иммерман, Д.М. Мухамадиева (2000а, 2000б), является рассмотрение процесса социально-психологической адаптации в рамках одной культуры, изучение влияния на психическое здоровье имевшей место в прошлом экстремальной ситуации.

Исходя из сказанного, следует заключить, что настоящее исследование представляет своеобразное «негативное» подтверждение конструктивистского понимания этничности. Пример канадских и австралийских мигрантов показывает, что признаком этнической общности является не общее происхождение, а представление об общей исторической судьбе. Принципиально значима вера в то, что это «наша культура», а не просто очерченный культурный облик, который без таковой веры ни о чем не говорит. Потеря данной убежденности, как то имело место в случае таджикских беженцев, напротив, приводит к чувству отчуждения от собственного этноса, возникновению «кризиса идентичности». Преодоление последнего должно явиться предметом специального психотерапевтического воздействия.

Глава 8

СТРЕСС ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Анализ мировой литературы, посвященной изучению психического здоровья беженцев и вынужденно перемещенных лиц, показывает, что в развитии процесса социально-психологической дезадаптации (СПД) ведущую роль играют социально-демографические и этнокультурные факторы.

Развитие современных знаний в области психиатрии, психологии и демографии позволило выделить этнокультурное направление как самостоятельное направление исследований психического здоровья с целью достижения наиболее полного понимания роли этно- и социокультурных факторов в развитии нарушений психического здоровья у человека. По оценкам ряда исследователей, (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 1994; А.А. Чуркин 1997), этнокультурные исследования психического здоровья в настоящее время являются одним из наиболее актуальных и перспективных направлений в социальной психиатрии и эпидемиологии психических расстройств. Как отмечают авторы, это обу-

словлено все еще недостаточным пониманием факторов внешней среды (макро- и микросоциум, культура, религия, образ жизни и т.п.) в формировании и развитии различных форм психической патологии.

Результаты исследований российских (Ц.П. Короленко, 1994; В.Б. Миневич, С.А., Рожков 1995; П.И. Сидоров, Л.Г. Борисова. 1994; В.Д. Менделевич, 1997; Б.С. Положий, 1996; А.А. Чуркин 1997) и других авторов (R.S. Laufer, 1982; J. Neuman, 1987; T. Asuni, 1990; J.M. Jelinek, 1987) свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между различными этническими и социокультурными характеристиками, клинической структурой и динамикой психических расстройств. Дальнейшие сравнительные исследования позволили увидеть, как этнокультурный уровень, влияя на формирование психических расстройств, придает им содержательное специфическое значение и в значительной мере определяет особенности клинических проявлений (F.F. Teggin et al., 1985; Yamamoto et. al., 1985; R. Chandrasena, 1987; N. Krauze, 1988). Актуальность изучения медико-психологических последствий вынужденной миграции в мировой научной литературе связана с масштабами миграционного движения на Западе во второй половине XX в. Р.Н. Rack (1987) указывает на необходимость создания «психиатрии мигрантов» с целью развития больших возможностей по оказанию им психиатрической и психологической помощи. Психиатры из Бирмингемского университета и Лондонской королевской медицинской школы считают, что беженцы, число которых по всему миру неуклонно растет, не получают адекватной психиатрической помощи, что связано с невозможностью выразить свои жалобы на иностранном языке. Авторы считают, что мировое сообщество должно более внимательно относиться к проблеме психиатрической помощи беженцам.

Сложные политические процессы в странах СНГ в начале 1990 гг. вызвали массовые перемещения населения в странах, переживших социально-политические преобразования. Всплывшие на поверхность межэтнические споры и неразрешенные конфликты привели к самым негативным последствиям. Как следствие, сотни тысяч людей были вынуждены покинуть свои дома из-за межэтнических конфликтов в Закавказье: армяно-азербайджанский конфликт в Нагорном Карабахе, конфликты Грузии с Абхазией и Южной Осетией. Северный Кавказ также стал ареной крупномасштабного вынужденного перемещения населения. В 1992 г. десятки тысяч ингушей перешли из Северной Осетии в соседнюю Ингушетию. Позднее, с начала в 1994-1995 гг., а затем с 1999 г. произошли массовые перемещения населения в Чечне и соседних с ней регионах. Гражданская война в Таджикистане застави-

ла сотни тысяч людей покинуть свои дома и переместиться в соседние страны региона, преимущественно в Афганистан.

Несмотря на очевидные масштабы проблемы беженцев и необходимость пристального изучения этой социально значимой проблемы в странах СНГ, в настоящее время этнокультурным особенностям психического реагирования различных категорий вынужденно перемещенных лиц посвящено незначительное число исследований, освещающих лишь некоторые аспекты этой важной проблемы. Показано влияние разнообразных, в том числе и этнических факторов, на динамику невротических расстройств у беженцев Северного Кавказа. (А.И. Былим, 1997). По данным М.С. Павловой (2000), расстройства адаптации у вынужденных мигрантов являются наиболее распространенными среди вынужденных мигрантов. Автор отмечает, что дистресс, связанный с радикальными крупномасштабными изменениями в жизни общества, в соответствии с описаниями ВОЗ, может проявляться чувством социальной отверженности и несправедливости, чуждости новым социальным нормам, культуре и системе ценностей, осознания собственной беспомощности и изолированности.

Несмотря на наличие в указанных работах элементов этнокультурных исследований психического здоровья мигрантов, во многих из них основное внимание сосредоточено на особенностях формирования и клинического течения психических нарушений у различных категорий мигрантов, в то же время вопросы влияния социокультурных и этнических факторов на СПД беженцев до сих пор не стали предметом специального исследования.

Ко всему перечисленному выше стоит добавить, что актуальность настоящего исследования также определяется масштабностью этнических конфликтов на Кавказе, Балканах, других регионах Евразии и запросами повседневной практики, требующей разработки эффективных мер по диагностике психических расстройств и медико-социальной реабилитации репатриированных беженцев.

8.1. Организация исследования психического здоровья беженцев в Таджикистане

Данная работа выполнена в рамках научного проекта «Исследование этнокультурных особенностей и социально-психологических проблем беженцев Таджикистана после гражданской войны 1992-1996 гг.», поддержанного Фондом Дж. и Д. и Кэтрин. Т. Макартугов в соответствии с Конкурсом индивидуальных исследовательских проектов Про-

граммы по глобальной безопасности и устойчивому развитию, а также совместных реинтеграционных проектов помощи репатрированным таджикским беженцам, проводимых Международной Федерацией Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и Обществом Красного Полумесяца Таджикистана. Исследование основано на результатах комплексного многофакторного исследования социокультурных особенностей и клинико-психопатологических характеристик таджикских женщин-беженек, репатрированных из Афганистана в 1995-1998 гг.

В качестве основных методов исследования были выбраны: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-статистический, социально-демографический и этнокультурный методы исследования.

Методом сплошного социокультурного и клинического исследования (подворного обхода) были обследованы 1152 женщины-таджички, репатрированные из Афганистана и компактно проживающие в ряде районов Хатлонской области Республики Таджикистан (РТ). Методом случайной выборки обследовано 290 репатрированных женщин-беженек, находившихся под наблюдением в психоневрологических учреждениях Министерства здравоохранения РТ в 1993-1999 гг.

В качестве основного инструмента исследований использовалась «Базисная карта для клинико-эпидемиологических и этнокультурных исследований», разработанная в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, модифицированная с учетом особенностей проводимого исследования и содержащая необходимые социально-демографические и этнокультурные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов и диагнозов заболевания.

Все беженцы, обратившиеся в указанные психиатрические учреждения, обследовались с применением специальной карты-схемы истории болезни, где были учтены критерии ВОЗ по проведению психиатрических исследований. Длительность клинико-катамнестического наблюдения составляла полтора года с начала наблюдения. При обследовании беженек особое внимание уделялось преморбидным особенностям, наличию экзогенных вредностей (соматогенного и психогенного характера), детальному анализу формирования у них психических расстройств.

Были выделены следующие критерии включения в группу исследуемых: женский пол и возраст старше 17 лет; пребывание в зоне боевых действий в период вооруженного конфликта или непосредственной близости от них; вынужденное перемещение вследствие ситуации вооруженного конфликта за пределы Таджикистана на территорию

Афганистана и пребывание в лагере беженцев в течении 1-5 лет; возвращение в прежние места жительства и компактное проживание и реинтеграция в прежнюю социальную среду.

В исследование не включались лица: с признаками грубого органического поражения головного мозга; получившие тяжелые физические увечья, черепно-мозговые травмы и ранения; перенесшие психотические состояния в анамнезе до возникновения психотравмирующей ситуации вооруженного конфликта и последующего вынужденного перемещения.

При оценке характера и особенностей формирования СПД за основу были взяты критерии, изложенные в DSM-IV: развитие эмоциональных или поведенческих симптомов в ответ на определенный стрессор в течение трех месяцев после начала его воздействия; выраженный дистресс, выходящий за рамки ожидаемой реакции на стрессор; значительное нарушение в социальной, профессиональной деятельности; нарушение межличностных связей, обусловленное изменениями в социальном статусе личности; сохранение симптоматики не более шести месяцев после окончания действия стрессора.

Также использовались официальные статистические данные о миграционной ситуации в Таджикистане (о состоянии здоровья беженцев, их заболеваемости, материально-бытовых условиях и т.д.).

Проведение исследований социокультурных особенностей репатриированных беженков было обусловлено необходимостью детального анализа влияния указанных факторов на процесс адаптации женщин-беженков в различные периоды перемещения, проживания в местах их временного пребывания и явилось самостоятельным звеном в комплексном изучении факторов, влияющих на формирование разнообразных психических расстройств у обследованного контингента.

При анализе социокультурных особенностей таджикских беженков основное внимание было уделено изучению микросоциальной среды, традиций, обычаев, жизненного уклада, культурных ценностей, социальных ориентаций, особенностей мировоззрения, быта, специфики семейных взаимоотношений. В контексте влияния указанных факторов на характер, специфику, длительность и глубину СПД репатрианток было проведено сравнительное изучение комплекса факторов, характерных для населения мест временного проживания таджикских беженцев-афганцев, проживающих в приграничных с Таджикистаном районах Афганистана.

Клинико-статистический анализ производился с помощью компьютерной базы обработки статистических данных Statistica 5.0 for Windows, с вычислением экстенсивных показателей, средних значе-

ний и их отклонений, статистической достоверности различий (p) сравниваемых величин (t -критерий), коэффициентов выявленных корреляций.

8.2. Психотравмирующие условия вооруженного конфликта в Таджикистане и перемещения беженцев в Афганистан

Основной характеристикой социально-психологических факторов вооруженного конфликта в Таджикистане в 1992 г. стали массовые перемещения больших групп населения за пределы страны как непосредственно в результате вооруженного конфликта (близость зоны боевых действий, угроза убийств, насилия), так и притеснения по регионально-религиозной принадлежности и вследствие серьезной реально существовавшей угрозы личной и семейной безопасности.

Для более полного и глубокого понимания специфики психотравмирующей ситуации проанализированы этнокультурные данные об образе жизни таджиков и афганцев, представлена характеристика психотравмирующей ситуации вооруженного конфликта в Таджикистане в 1992 г.

Исследователи-этнологи рассматривают таджиков и афганцев, как хоть и близкие, но самостоятельные, имеющие ряд существенных различий этнические группы. Несмотря на ряд черт, во многом определяющих родство сравниваемых категорий населения, выявлен ряд особенностей, оказавших существенное влияние на формирование, течение, специфику и исходы СПД таджикских беженцев.

Не останавливаясь в деталях на этнокультурной характеристике народов Таджикистана и Афганистана в целом, целесообразно представить основные характеристики афганцев и таджиков, проживающих в граничащих друг с другом районах северного и северо-восточного Афганистана и южных районах Таджикистана.

Этногеографическая справка. Преобладающее большинство населения современного Афганистана составляют пуштуны (афганцы), говорящие на языке пушту. В этническом составе страны присутствуют также таджики, узбеки и киргизы, населяющие преимущественно приграничные с Таджикистаном и Узбекистаном провинции Афганистана. В свою очередь, приграничные районы Таджикистана преимущественно представлены населением, проживающим в указанной местности в 3-4-м поколении и являющимися коренными жителями юга Таджикистана.

Представляет интерес языковая характеристика описываемых этнических групп. Таджикский язык (фарси) представляет собой восточную ветвь новоиранской группы индоевропейских языков, в то время как афганский (пушту) относится к западной ветви указанной группы. Несмотря на единую группу, между фарси и пушту практически нет сходства, что делает общение таджиков и пуштунов на одном языке невозможным. Пушту широко распространен в Пакистане и ряде штатов Индии. Традиционным языком общения афганских таджиков является дари, имеющий большое сходство с фарси (таджикским языком). Этот язык, дающий большие возможности для вербального общения с таджиками, распространен в ряде районов Северного Афганистана, в том числе в местах расположения лагерей таджикских беженцев.

Основным типом жилища афганцев является глинобитный или сложенный из сырцового кирпича дом прямоугольной формы с плоской или куполообразной крышей, окруженный высоким забором из сырцового кирпича или глины. Такой тип жилища является традиционным и отражает феодальный социальный уклад. Непрерывавшийся на протяжении десятилетий вооруженный конфликт в Афганистане отбросил социально-экономическую жизнь афганцев далеко назад и сегодня можно говорить об отставании Афганистана от мировой цивилизации на 40-50 лет. Отсутствие электроснабжения и дефицит других источников энергии заставляет население Афганистана возвращаться к прежнему, давно забытым источникам энергии.

Советский период развития Таджикистана способствовал значительному развитию и трансформации различных сторон социальной и культурной жизни народов Таджикистана. Вахшская долина современной Хатлонской области Таджикистана, осваивавшаяся с 30-х г. XX в. представителями различных наций – немцами Поволжья, татарами, украинцами – глубоко изменила жизненный уклад таджиков, привела к появлению нового типа социальной жизни, возделыванию новых нетрадиционных сельскохозяйственных культур (герани для производства эфирных масел, лимонов и апельсинов, не выращивавшихся здесь ранее).

Дома в южных районах Таджикистана хоть и сохранили прежние элементы, но приобрели новые конструкции, планировку, приусадебные участки, теплицы, не характерные для традиционного таджикского села начала XX в. В развитии сельского быта Таджикистана большую роль играла сеть домов культуры, клубов, кинотеатров, библиотек, школ, детских садов, лечебных учреждений, способствовавших существенному повышению культурного и образовательного уровня жителей села. К 1990 г. таджикские села (кишлаки) представляли со-

бой благоустроенные населенные пункты, где рационально размещались жилые дома, учреждения быта. Использование электричества, радио и телефонной связи прочно вошло в сельский быт и преобразило облик таджикской деревни, таким образом обусловив коренные различия между таджикским и афганским селом (А.Р. Рахимов, 1982).

Рассматривая особенности семейного уклада афганцев и таджиков, следует отметить, что у афганцев сохранились и продолжают развиваться пережитки родо-племенной структуры – большая семья управляется старейшиной, несколько больших семей составляет род, которым управляет малик, несколько родов – клан, несколько кланов – племя. Управление племенем осуществляет вождь (хан) и главы последующих подразделений.

Совершенно иной семейно-родовой уклад сформировался в таджикском обществе. Семья в Таджикистане испокон веков существует в виде большого неразделенного родственного объединения – семьи, в которой представлены и сосуществуют несколько поколений по мужской линии. При этом несколько больших семей не формально, а на деле объединены в так называемые *авлоды* – родовые группы, или патронимы, что обеспечивается не только наличием у них общего предка, а значит сознанием своего родства, но и обладанием общей собственности и соблюдением довольно жестких иерархических принципов в родственных отношениях. Такая особенность придает этому сообществу дополнительную устойчивость. Во главе большой семьи стоит старший мужчина. Он представляет семью перед внешним миром, регулирует взаимоотношения с властями. Внутри большой семьи он осуществляет безусловную юрисдикцию, ведает финансами и имуществом. Каждая малая семья включена в совместное почитание общеродовых предков, составляющее духовный фундамент жизни таджикской семьи (В.И. Бушков, Д.В. Микульский, 1996).

Существуют большие различия в вопросе соблюдения религиозных обрядов у таджиков и афганцев. Провозглашенная в 80-х гг. религиозная направленность государственного строя в Афганистане привела к еще большему ужесточению религиозных обрядов и обычаев в афганском обществе. Многократное совершение молитвы (намаза) в назначенное время суток, строгое соблюдение поста в священный месяц рамазан контролируется, а нарушение их строго наказывается со стороны духовных служителей и их последователей. Это приводит к всеобщему осуждению, а в некоторых районах Афганистана и к физической расправе с неверующими.

Исполнение религиозных обрядов в Таджикистане в советский период носило формальный характер и было необязательным для ши-

роких масс населения, однако в тот период существовали слои населения, фанатично исповедующие ислам и исполняющие все религиозные обряды. После гражданской войны, которая была обусловлена религиозно-региональными противоречиями, население, духовенство и правительство провозгласили Таджикистан демократическим, светским государством, тем самым заложив основы для свободного вероисповедания представителей различных конфессий на территории страны.

Для более адекватной оценки факторов, играющих роль в формировании психических расстройств и последующей СПД женского контингента репатриированных беженцев, проанализирована специфика психотравмирующей ситуации вооруженного конфликта в Таджикистане и последующего перемещения и пребывания в лагерях беженцев в Афганистане.

Характеристика стрессора. В мае 1992 г. регионально-религиозный вооруженный конфликт между таджиками, выходцами из различных регионов Таджикистана, положил начало кровопролитной гражданской войне, унесшей за 8 месяцев более 30 тыс. жизней. За несколько месяцев военных действий примерно 600 тыс. человек были вынуждены оставить свои дома. Этнические русские, узбеки и таджики бежали в другие страны СНГ, а население приграничных с Афганистаном районов Таджикистана – выходцы из регионов одной из противоборствующих сторон конфликта в количестве около 60 тыс. чел., преимущественно женщин, детей, стариков, под влиянием панических слухов, страха надвигающейся линии фронта и последующей расправы над мирным населением, осуществили неконтролируемое массовое перемещение и пересекли государственную границу Таджикистана с Исламским Государством Афганистан.

Анализируя основные факторы дезадаптации в период пребывания в лагерях беженцев, в первую очередь следует отметить опасную общественно-политическую обстановку в Афганистане, когда люди в поисках «тихого пристанища» вновь попали в обстановку вооруженного конфликта. Крайне негативную роль для беженцев сыграли условия их пребывания в лагере. Размещение беженцев осуществлялось в трех палаточных лагерях по 20 тыс. человек в каждом. Отсутствие контактов с внешним миром, удаленность от населенных пунктов, большая скученность, отсутствие информации о ситуации на Родине и судьбе близких усиливали ощущение изолированности и усугубляли процесс дезадаптации. В женском контингенте помимо общих психогенных воздействий, характерных для всех беженцев, отмечались специфические психотравмирующие факторы, обусловленные переживаниями за судьбу и безопасность детей. Кроме того, среди женщин, не

имевших в отличие от мужчин опыта проживания вдали от дома, тяга к семейному очагу и ведению хозяйства оказывала неблагоприятное воздействие на процесс адаптации.

В период 1996-1998 гг. усилиями Президента Таджикистана Э. Рахмона, Правительства Республики Таджикистан при активной поддержке международных организаций был завершён процесс репатриации беженцев в места их прежнего проживания. Период реинтеграции, продолжающийся до настоящего времени, имеет большие сложности и сопровождается такими проблемами, как разрушенные и сожжённые во время войны дома, утраченное хозяйство, скот. Неблагоприятная атмосфера в микросоциуме, негативное отношение односельчан, связанное с возможной причастностью к боевым действиям, обуславливают дополнительные психотравмирующие воздействия на личность беженок.

Анализ психотравмирующей ситуации для таджикских женщин-беженок в период их пребывания в зоне вооружённого конфликта и последующего перемещения в Афганистан, показал, что для абсолютного большинства обследованных характерно переживание мощного психотравмирующего воздействия, связанного прежде всего с чувством собственной незащищённости, а также или в ещё большей степени родных, близких и детей. Практическое отсутствие опыта поведения в экстремальной ситуации вооружённого конфликта, отсутствие у большинства женщин мужей – глав семейств либо отцов и братьев создавали дополнительный комплекс воздействий, связанных с необходимостью принятия самостоятельных ответственных решений о перемещении в безопасное место из очага вооружённого конфликта.

Большое значение для процесса дезадаптации имел способ перемещения из зоны боевых действий. Решение о необходимости покинуть свои дома и переместиться в соседний Афганистан принималось лидерами общин, имевших беспрекословный авторитет, однако ввиду отсутствия каких-либо минимальных возможностей для его осуществления, близости зоны вооружённого конфликта перемещение приобрело неорганизованный, хаотичный характер, усиливаемый страхом и паникой надвигающихся боевых действий. Беженцы поспешно бросали свои дома, хозяйство, скот и перемещались с помощью подручных средств на расстояние 50-100 км до границы (тракторные телеги, грузовые машины, лодки, паромы, вьючные животные и т.д.), через пограничную реку Пяндж, разделяющую территорию Афганистана и Таджикистана. Хаотичное перемещение, большое число тонущих в водах бурной реки, свидетелями чего были обследованные беженки,

потеря детей в ходе перемещения были дополнительным психотравмирующим фактором, негативно влияющим на длительность СПД.

Переход границы и продвижение на расстояние 40-60 км вглубь страны еще больше вселяли в беженцев чувство неуверенности и незащищенности в незнакомой обстановке. Практически для всех обследованных женщин было характерно длительное и болезненное приспособление к окружающей обстановке, сопровождавшееся мощной СПД. Для абсолютного большинства обследованных (76,7%, или 1106 чел.) первостепенное значение имели такие дезадаптирующие факторы, как ситуация изолированности от внешнего мира, опасная общественно-политическая обстановка.

Среди факторов, усугубляющих процесс дезадаптации, большинство обследованных отметили жесткую администрацию в лагере, наличие вооруженной охраны, невозможность свободного передвижения за пределы лагеря, практическое отсутствие контактов с внешним миром вследствие удаленности населенных пунктов от мест расположения лагерей, полное отсутствие каких-либо источников информации (радио, газет) и невозможность на первых порах получения известий о судьбе родственников и ситуации на родине, что еще больше усиливало ощущение изолированности. На этом фоне процесс дезадаптации усугублялся такими особенностями условий содержания беженцев в лагере, как ограниченное пространство, нехватка воды, невозможность уединения. В лагерях долгое время не было представительств международных гуманитарных организаций, в результате чего оказываемая гуманитарная помощь зачастую уходила в руки вооруженных группировок и не доходила до населения, а молодые люди насильно уводились в ряды боевиков. Существовала реальная угроза насилия над женщинами молодого возраста.

Гуманитарная помощь со стороны международных гуманитарных организаций оказывалась таким образом, что у большинства обследованных оставалось мало возможностей для ежедневной трудовой деятельности. Невозможность занятия какой-либо работой в сочетании с крайне тревожным, неопределенным будущим оказывали на беженок сильное деморализующее воздействие. Неудовлетворительное питание, высокий риск и частота инфекционных заболеваний отрицательно сказывались на процессе адаптации.

Представляет особый интерес, что у обследованных женщин-беженок, не имевших в отличие от мужчин опыта проживания вдали от дома, такие факторы, как тяга к семейному очагу, ведению хозяйства, тревога за жизнь детей и других членов семьи, оказывали крайне неблагоприятное воздействие на процесс приспособления к новому

месту жительства. Детальный анализ факторов, участвующих в процессе дезадаптации беженцев, позволил сформулировать положение о ведущей роли социокультурных показателей в формировании расстройств адаптации. Данный процесс в группе обследованных беженков с наиболее выраженной СПД можно представить рядом последовательно развивающихся фаз.

Фаза первичного культурно-психологического шока характеризовалась выраженными расстройствами психической деятельности, лишающими обследованных возможности адекватно реагировать на создавшуюся ситуацию. Так, если в период непосредственного перемещения из района боевых действий у обследованных сохранялись и даже активизировались процессы психической деятельности, направленные на скорейший выход из создавшейся обстановки, то в последующий период размещения на новом месте на фоне ситуации изолированности (в связи с чужеродной средой) на первый план выступала общая астенизация, недостаточность питания, переутомление, бессонница, тревога за судьбу родных и близких и страх перед неопределенностью в чужой стране с иным жизненным укладом. У большинства беженков (76,0 %) достоверно часто отмечалось чувство отчаяния, безнадежности, неоправданная и непродуктивная гиперактивность, неконтролируемые грусть, гнев и вербальная агрессия ($p < 0,01$). У обследованных женщин достоверно часто отмечались симптомы экстравертированной переработки создавшейся ситуации: паническая реакция, расторможенность, растерянность, страх за судьбу детей, безудержный плач.

В течение 1-2 недель описанные состояния переходили в так называемую *фазу «прозрения»*. В этот период обследованным была свойственна реальная оценка ситуации: осознание полной утраты прежних жизненных позиций и возможностей, необходимость социального функционирования и создания бытовых условий в непригодном месте – лагере беженцев. Наряду с активизацией повседневной деятельности отмечались такие симптомы, как страх повторения ситуации вооруженного конфликта, поверхностный сон. Ряд симптомов, характерных для первой фазы, – отчаяние, безнадежность, пониженный фон настроения у преобладающего большинства обследованных (83,0%), стабилизировались. Длительность данной фазы варьировала от 2 до 6 месяцев ($p < 0,01$).

Фаза начала решения проблем и активного функционирования была характерна для сравнительно небольшой части – 12,0% обследованных. У них процесс адаптации протекал мягче и в относительно короткие временные периоды. Уже к концу 3-4-го месяца они начинали предпринимать активные меры по улучшению условий жизни,

охотнее вступали в контакт с персоналом гуманитарных организаций, работающих в лагерях, для обеспечения семьи питанием, одеждой, медицинской помощью. Хотя эта группа в последующие периоды репатриации предъявляла жалобы на различные психические расстройства, тем не менее данный период протекал бессимптомно либо симптоматика была незначительной, что свидетельствовало об устойчивых компенсаторно-приспособительных механизмах адаптации.

Обобщая проанализированные показатели, представленные в настоящей главе, следует отметить, что психотравмирующая ситуация вооруженного конфликта и последующего вынужденного перемещения беженцев, находившихся в лагерях беженцев в Афганистане, имеет ряд специфических черт, тесно связанных с социокультурными факторами, играющими ведущую роль в формировании адаптационно-приспособительных механизмов личности у данной категории обследованных, перемещенной за пределы привычного макро- и микросоциального окружения. Установлено, что глубина и длительность процесса СПД личности беженца находится в прямой зависимости от социально-политической ситуации в стране пребывания, языковых и этнокультурных различий, взаимоотношений с местным населением, степени информированности беженцев о мерах, предпринимаемых в отношении них. Немаловажное значение в процессе сокращения периода дезадаптации имеют условия пребывания в лагере: возможность активной трудовой деятельности, направленной на поддержание удовлетворительных условий жизни, доступ к медицинской, в том числе психиатрической и антикризисной психологической помощи.

8.3. Психотравмирующий характер ситуации возвращения беженцев в Таджикистан и его последствий

Анализ данных, посвященных вопросам СПД беженцев в различные периоды их перемещения, показывает, что исследователи основное внимание обращают на особенности формирования адаптационно-приспособительных механизмов беженцев в новой социальной среде, т.е. в стране убежища. Так, в исследованиях, посвященных вопросам интеграции в Великобритании эмигрантов с Индийского субконтинента, представителей афганской диаспоры в США, странах Европы и СНГ, содержатся убедительные данные о прямом влиянии микросоциума на социально-психологическую адаптацию беженцев в странах с чу-

жеродным языком, религией, социальной ориентацией и ценностными установками. Отмечено, что эти факторы имеют важное значение в формировании СПД вследствие трансформации прежних социальных установок, сохранении национальных обычаев и традиций мигрантов, их передачи из поколения в поколение, что с годами приводит к полной аккультурации мигрантов в новую микросреду и утрате прежних социокультурных характеристик, присущих той или иной этнической группе.

Вместе с тем в современной научной литературе отсутствуют исчерпывающие данные об особенностях психотравмирующих воздействий и течения психической дезадаптации беженцев в период их репатриации, т.е. возвращения в места своего постоянного проживания.

Многоаспектность комплекса проблем, связанных с репатриацией беженцев с точки зрения специфики формирования посттравматических стрессовых расстройств и расстройств адаптации, определяет необходимость анализа факторов, оказывающих воздействие на процесс реинтеграции беженцев в прежнюю социальную среду. Г.А. Ковалев (1995), подчеркивая многоаспектность проблемы беженцев, отмечает, что «... беженцы и вынужденные переселенцы – это социальная «лакомусовая бумажка», абсорбирующая и окрашивающая в соответствующие тона неблагоприятные тенденции социальных девиаций и мета-стаз, являющих собой лишь видимую «вершину айсберга» глубинных проблем современного российского общества в условиях «шоковых» социально-экономических реформ и политических катаклизмов».

Проведенный детальный анализ факторов, оказывающих воздействие на длительность социально-психологической адаптации репатриантов, показал наличие целой группы специфических психотравмирующих воздействий, связанных как с самим фактом репатриации, так и с объективными сложностями восстановления мирной жизни в Таджикистане.

Процесс репатриации таджикских беженцев из Афганистана сопровождался большими сложностями, связанными в первую очередь с продолжающимися боевыми действиями в ряде районов страны и как следствие – большой долей недоверия беженцев к предоставлению им гарантий безопасности и непреследования за принадлежность к одной из региональных этнических групп. Поэтому комплекс психотравмирующих воздействий базировался прежде всего на страхе возвращения, тревоге за преследования и возможную дискриминацию на Родине. Немаловажным фактором в устранении данного психотравмирующего воздействия стал сложный процесс, начатый Правительством РТ и международными организациями, сформировавшими основу предостав-

ления правовых гарантий для репатриантов и восстановления доверия между гражданами Таджикистана и конституционным Правительством страны.

Следует отметить, что в этот период представителями незаконных вооруженных группировок Объединенной таджикской оппозиции в лагерях беженцев создавалась атмосфера непринятия предложений Правительства РТ о возвращении, нагнетались ложные слухи о якобы имевших место расправах над мирным населением – выходцами одного из регионов страны. Репатриация первой партии беженцев в 1993 г., подписание соответствующих законодательных актов о предоставлении льгот и материальных выплат репатриантам, практическая реализация правительственных постановлений, направленных на создание минимальных материально-бытовых условий для первой партии возвращенцев позволила укрепить атмосферу доверия и стимулировать оставшуюся часть беженцев к добровольной репатриации на Родину.

Практически всеми обследованными женщинами-репатриантками (1346 чел., или 93,34%) было достоверно отмечено улучшение психоэмоционального состояния после принятия решения о возвращении на родину и после процесса репатриации. Лишь небольшая часть репатрианток (96 чел., или 6,66%) отметила, что процесс возвращения был связан с трагическими воспоминаниями о гибели родных, т.е. лично-значимыми психотравмирующими факторами. Следует отметить, что, несмотря на наличие у большей части репатрианток воспоминаний о трагических событиях, многие из них не связывали эти факты с возвращением, что позволяло судить о благоприятном течении процесса адаптации, т.е. выработке навыков социального функционирования.

Другой важной особенностью социально обусловленных психогенных воздействий в период после возвращения таджикских беженцев в места постоянного проживания явилось радикальное изменение социально-политической ситуации в стране. Беженцы спустя 1-5 лет после пребывания в афганских лагерях вернулись к себе на родину, но в совершенно иную страну с иным социально-политическим и экономическим укладом. Покинув страну, образовавшуюся сразу после распада СССР, беженцы вернулись в независимый Таджикистан с новым социальным укладом, незнакомым и новым для репатриантов. Многие репатриантки указывали на сложности адаптации, связанные не только с самим фактом репатриации, но и с необходимостью приспособления к изменившимся порядкам и законам страны. Например, женщины, имеющие многодетные семьи, пользовавшиеся законодательными льготами в СССР и по-прежнему рассчитывавшие на их сохранение,

еще некоторое время апеллировали к представителям местной власти с просьбой предоставления льгот их детям.

Важным фактором процесса реадaptации, по данным обследования, послужил уровень отношений репатрианток с их микросоциальным окружением – соседями по селу и представителями местных органов власти. Анализ результатов обследования показал, что большинство репатрианток, особенно в группе вдов, отмечали нежелание контактов с прежними соседями и местными органами власти из-за страха быть непонятыми или отвергнутыми. Так, зачастую их встречали словами: «Из-за таких, как Вы, в Таджикистане началась война» или «Оставались бы в Афганистане, раз бежали туда, и без Вас проблем хватает». Социологические опросы, проведенные среди репатриантов, отметили факт ущемления прав репатриантов при получении льгот, положенных беженцам. 6,8% отметили, что их права ущемляются при трудоустройстве, аналогичная ситуация и с получением адекватной медицинской помощи, проблемы которой отметили 28,3%. Следует отметить, что многими репатриантами было негативно воспринято платное медицинское обслуживание. Из-за сложных материальных проблем они были не в состоянии обратиться к квалифицированным специалистам, по этой же причине хирургические вмешательства и медикаменты были им недоступны.

Большинство репатрианток продолжало рассчитывать на участие властей и международных организаций в обустройстве их мирной жизни. Так, 85,36 % репатрианток считали, что их права должна защищать центральная власть, 10% – что это задача местной власти, 3,26% – международных организаций и лишь 1,38% считали, что они должны самостоятельно решать свои проблемы. Ориентировка на внешнюю помощь явилась одним из факторов СПД репатрианток.

Масштабное разрушение социальной инфраструктуры села в местах прежнего проживания беженцев явилось одним из решающих факторов в формировании специфических факторов СПД репатриантов после их возвращения на родину. В период 1992-1993 гг. в результате военных действий полному либо частичному разрушению подверглись более 10 тыс. жилых домов, были уничтожены десятки медицинских учреждений первичного звена, школ и других объектов инфраструктуры. Разграблению подверглись не только личные хозяйства граждан, но и ряд государственных объектов: животноводческие фермы, мелкие производства. Количество угнанного скота, принадлежавшего ранее жителям пострадавших сел, превысило десятки тысяч голов. Было похищено и угнано несколько тысяч единиц автотранспортных средств, хозяевами которых также были беженцы. На фоне такой неблагоприятной

ятной ситуации возвращению беженцев сопутствовал груз проблем, связанных хотя бы с частичным восстановлением утраченного. По данным программы развития ООН, за период 1993-1997 гг. было восстановлено более 10 тыс. домов, школ, больниц и других объектов инфраструктуры в регионах, пострадавших в период вооруженного конфликта.

Анализ факторов, оказывающих прямое неблагоприятное воздействие на процесс социально-психологической адаптации обследованных женщин-репатрианток после их возвращения на родину, показывает, что уровень решения социально-бытовых проблем тесно связан с длительностью процесса адаптации. Среди сложностей социально-бытового характера обследованных на первый план выступают проблемы, непосредственно связанные с психотравмирующими воздействиями вооруженного конфликта – восстановлением жилья (46,67%), отсутствием материальной поддержки (24,0%), возвращением своего жилья и имущества (15,05%). Следует отметить, что помимо разрушений дома и хозяйства репатриантов подвергались незаконным захватам, как со стороны односельчан, так и неустановленных лиц, которые в период вооруженного конфликта захватили дома и личное имущество граждан. Несмотря на активное вмешательство государства и ряда международных правозащитных организаций, данный вопрос на протяжении ряда лет продолжает обуславливать основной блок проблем, препятствующих восстановлению прежних условий жизни репатриантов. По мнению обследованных, основными причинами указанных трудностей являются: недостаточный объем оказываемой материальной поддержки со стороны государства и международных организаций.

В группе женщин-вдов – глав семей основной сложностью, значительно замедляющей процесс реадaptации, является отсутствие кормильца и связанные с этим проблемы административно-правового характера. Необходимость решения данного блока проблем, которые прежде традиционно решались мужчинами, отсутствие практического опыта взаимоотношений с местными властями, незнание порядков и правил предоставления положенных льгот усиливает СПД в группе женщин, потерявших мужей в период вооруженного конфликта. Трудоустройство является немаловажным моментом в скорейшем восстановлении нормального социального функционирования женщин-репатрианток.

Проблемы социально-экономического характера в регионах постконфликтного восстановления распространяются как на все население, так и в большей степени на репатриированных беженцев как наи-

более уязвимую в социально-экономическом плане категорию. Острая нехватка рабочих мест, разрушенность инфраструктуры села, дефицит бюджетного финансирования создают дополнительные психотравмирующие воздействия, формирующие неуверенность обследованных в завтрашнем дне, сомнения в необходимости дальнейшей активной борьбы за восстановление утраченных социальных ценностей.

Несмотря на большой удельный вес детей и подростков в семьях репатрианток, вопросы образования не являлись для репатрианток основными, что связано с недостаточной доступностью образования в сельских районах (отсутствие средств для приобретения учебников, школьных принадлежностей в семьях репатрианток, недостаток преподавательского состава в школах) и нежеланием репатриантов обучать детей в школах, так как дети и подростки заняты работой по дому либо по хозяйству в поле – обработкой земельных участков и сбором урожая как единственного источника существования для семьи.

Представленное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует комплекс социокультурных и личностных факторов, обуславливающих формирование пролонгированной депрессивной реакции (ПДР) у личности с преобладающими астеническими чертами характера в различные периоды перемещения: в ситуации пережитого вооруженного конфликта, многолетнего проживания в лагере беженцев и последующего возвращения на прежнее место жительства и связанных с возвращением объективных сложностей репатриации. Каждая из последовательно развивающихся фаз депрессивного состояния оказала воздействие, как на развитие депрессии, так и на клинические особенности ее течения и трансформации.

Клиническое наблюдение 1. Обследованная М., 1972 г. рождения, таджичка, уроженка Шахритузского района Хатлонской области РТ.

Анамнестические сведения. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась в семье колхозника пятым по счету ребенком. Беременность матери и роды протекали нормально. Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В детстве болела простудными заболеваниями. В психическом и физическом развитии от родственников не отставала. С детских лет отличалась замкнутостью, была необщительной. В школе не выделялась, с учебной программой справлялась. Окончила школу в 1989 г., затем помогала родителям по хозяйству. Мать работала в швейной артели в колхозе, отец выращивал лимоны на частном приусадебном участке и ежегодно продавал их в России. Взаимоотношения в семье основывались на беспрекословном авторитете отца как главы семьи. Все важные для семьи решения принимались отцом самостоятельно. Мать и старшие сестра и братья, как и сама обследованная, занимались по хозяйству, ухаживали за скотом – в хозяйстве имелись коровы, овцы и козы. Как младшему ребенку в семье, обследуемой уделялось больше внимания со стороны родителей, чем

старшим детям. Родители, братья и сестры очень ее любили, несмотря на внешне замкнутый и необщительный характер. Материальное обеспечение семьи было хорошим. Имелся большой просторный дом, в доме была мебель, ковры, цветной телевизор, холодильник, автомашина. Старшие братья с женами проживали в семье родителей и участвовали в общем хозяйстве, сестры после замужества жили в районном центре. Ежегодно имелась возможность обновления гардероба – отец покупал новую обувь, теплую зимнюю одежду и красивые ткани для приданого. У матери, старших сестер и невесток имелись золотые украшения. В 1990 г. в возрасте 18 лет вышла замуж за молодого человека из соседнего района, родители хорошо знали друг друга, и никаких споров по замужеству не возникало. После замужества переехали в Шахритузский район, так как у мужа была хорошая работа, и новая семья приобрела дом недалеко от родителей обследованной. В 1991 г. родился первый ребенок – сын. С 1992 г. в республике начались политические события, смысл которых было сложно понять. Обследованная и ее родственники, как и все жители района, не понимали, почему люди, жившие до сих пор в мире и согласии, вдруг разжигают политические конфликты. Из района, где всегда было много русских и жителей других национальностей, стали осуществляться массовые отъезды в Россию и в Украину. В мае 1992 г. пришло известие, что в стране произошел переворот, и власть захвачена демократическими и религиозными исламскими силами. Полной информации о происходящем не было, так как по телевидению и в газетах не сообщалось ничего, а все новости узнавали из уст людей, приехавших из столицы. С того времени в районе стали создаваться силы ополчения, в один из отрядов которого ушел и муж обследованной. Несмотря на уговоры жены о том, что «у нас маленький ребенок, и все может случиться», муж ответил, что «должен идти, так как должен защитить и подержать новую власть». С тех пор мужа не видела, изредка получала от него отрывочные известия через знакомых. Спустя некоторое время обследованная поняла, что ее муж воевал в отрядах исламского движения Таджикистана. К июлю 1992 г. стало ясно, что в республике началась гражданская война. Мужчин в районе практически не было, только пожилые и старики. В тот период питались продуктами, полученными за счет урожая. Сразу после отъезда мужа обследованная перешла жить с сыном в дом родителей. Один из братьев уехал в Россию, другой с семьей оставался с родителями, так как не хотел оставлять их одних. В народе стали говорить, что идет война между таджиками, выходцами из двух больших регионов республики. Обследованная говорит, что никто не мог понять, почему началась эта война и таджики убивают друг друга. В это время начали приходить известия о гибели молодых ребят, ушедших в ополчение. Местная власть, милиция практически бездействовали. Среди населения, выходцев из разных регионов, проживавших в районе, начались бытовые конфликты, переросшие в ненависть за убитых детей, мужей и родственников. Почти ежедневно приходили известия о том, что боевые действия идут в соседних районах, и имеется очень много жертв среди мирного населения. Вся семья пребывала в тревоге, страхе перед надвигающейся опасностью. Ежедневно в мечетях религиозные служители призывали к защите своих родных и близких и недопущению розни. К ноябрю 1992 г. боевые действия при-

близилась к району проживания обследуемой. В этот же период пришло известие о гибели мужа в одном из боев. Где он был похоронен, никто не знал, поэтому лишь справили скоромные поминки. После этого обследуемая стала угнетена, замкнулась в себе, не участвовала в общих обсуждениях. В этот период у обследованной начали отмечаться переживания, связанные со страхом надвигающейся угрозы войны, тревоги за свое будущее и будущее ребенка, она осознавала, что теперь весь груз проблем ложится на нее саму, так ее как родители пожилые, а у братьев и сестер своя жизнь. Ежедневно женщины выходили на улицу и рассуждали о том, что с ними будет дальше. Из-за того, что муж воевал на стороне исламских боевиков, обследованная редко выходила из дома и участвовала в беседах женщин. После этого вся семья – отец, мать, брат с семьей и обследуемая с сыном – ночевали все вместе в одной из комнат своего дома. Каждая ночь была бессонной: прислушивались к звукам стрельбы и грохоту пушек, доносившимся издалека. Такое положение продолжалось около двух недель. Некоторые семьи, опасаясь приближения боевых действий, пытались уехать в другие районы, однако после их выезда из района выяснилось, что все дороги из района заблокированы, и пути для спасения нет. В то же время стали появляться вооруженные люди – боевики отрядов исламского движения и стали распространять информацию о том, что отряды противника наступают в направлении района, и единственный выход для спасения – перейти границу и уйти в Афганистан, иначе всех перережут и убьют. Боевики, многие из которых были выходцами из данного района, готовились к переходу границы на сторону Афганистана, постоянно повторяли, что бегство в Афганистан – единственное спасение, так как мирные жители могут пострадать из-за того, что их земляки воевали против Народного фронта. В конце ноября страх превратился в массовое явление. Оставшиеся мужчины, главы семей, ежедневно совещались, и было принято решение уйти в Афганистан. Времени на сборы практически не оставалось, так как приближение линии фронта было очевидно. Все семьи собрали только самое необходимое – одеяла, циновки, теплую одежду и остатки продуктов, имевшихся в хозяйстве. Погрузившись в тракторные телеги для перевозки хлопка, колонны двинулись в сторону таджикско-афганской границы. Расстояние от района до линии границы – 15-20 км было преодолено быстро, и все беженцы – около 20-30 тележек и грузовиков – были у границы, охранявшейся российскими пограничниками. После встречи лидеров общин беженцев с командирами пограничной заставы пограничники настоятельно потребовали не приближаться к государственной границе, так как они будут вынуждены принимать меры. В течение 1,5 недель все беженцы, разместившись, жили прямо в степи вблизи границы. Днем мужчины совершали попытки добраться до района и раздобыть продукты питания, однако многие из них не возвращались – было ясно, что они захвачены или убиты наступающими войсками. Поскольку не оставалось другого выхода, было принято решение в ночное время пересечь пограничную реку Пяндж в неохранных месте. Переход границы остался в памяти обследованной до сих пор. Тысячи людей, в основном женщины и дети, переплывали бурные, холодные воды Пянджа в местах, не приспособленных для переправы. Многие тонули, весь переход сопровождался криками людей, плачем и причитаниями женщин. На

глазах обследованной несколько женщин и их грудные дети исчезли в темных водах Пянджа, многие дети 3-5-летнего возраста также погибли при переходе. Это событие обследованная вспоминала неоднократно впоследствии, и сейчас эти воспоминания тревожат ее. Переправа, продолжавшаяся всю ночь, оставила всех без сил. Только к утру все оказались на афганской земле. Продвинувшись с помощью местных жителей вглубь территории Афганистана, оставшиеся решили разместиться на открытой местности. Обследованная отмечает, что тогда не думали о трудностях, главной целью было – спастись. Надвигающиеся холода, тревога и страх перед неизвестностью усугубляли и без того тяжелую психологическую атмосферу в убежище беженцев. В течение двух недель с помощью представителей местных властей был организован палаточный лагерь, беженцы были обеспечены минимумом продуктов – мукой, маслом, рисом и необходимой кухонной утварью. Местные власти с сочувствием отнеслись к беженцам, так как считали, что они также борются за священную веру, а помощь беженцам – это помощь единоверцам. С целью обеспечения безопасности беженцев вокруг лагеря была организована охрана из числа местных афганских боевиков-моджахедов. В течение 2-3 недель каждая большая семья занималась обустройством своего быта. Наступило ощущение того, что все страшное позади, появилась некоторая уверенность в том, что теперь им уже ничего не угрожает. Первое время жизни в условиях лагеря все старались помогать друг другу, старались жить дружной семьей. Однако спустя некоторое время по незначительным поводам стали возникать конфликтные ситуации. Практически постоянно возникало желание уединиться, не хотелось общаться с родными и соседями. Через 2-3 месяца в лагере появились представители международных гуманитарных организаций – они наладили обеспечение беженцев продуктами питания, одеждой, укрытиями от дождя и снега. Постепенно жизнь в лагере наладилась, но это было как в кошмарном сне. Никто до конца не осознавал, почему он здесь, где его дом, хозяйство, и что будет завтра. Вынужденное бездействие приводило к еще большему ухудшению общей атмосферы лагеря, конфликтов становилось все больше, и все понимали, что причиной этому – безнадежное положение людей. Какой-либо связи с внешним миром не было. Часть мужчин, имевших профессии шоферов, электриков, учителей и инженеров, находили себе временную работу в соседних афганских кишлаках, так как эти профессии там ценились и неплохо оплачивались. Брат обследованной, учитель по образованию, также работал в кишлаке, обучая грамоте детей зажиточных афганцев. Такие случайные заработки могли более или менее разнообразить жизнь. После работы он рассказывал, как живут здесь люди, кроме того, на вырученные деньги иногда появлялась возможность разнообразить пищевой рацион. Женщины практически не выходили за пределы лагеря, так как опасались подвергнуться нападению со стороны афганских вооруженных группировок. Несмотря на имевшийся медицинский пункт в лагере и медицинскую помощь со стороны врачей из числа беженцев, из-за отсутствия источников качественной питьевой воды и элементарных санитарно-гигиенических норм в лагере часто вспыхивали эпидемии инфекционных заболеваний – дизентерии, брюшного тифа, в результате которых в основном гибли дети. Сын обследуемой, двухлетний ребенок, хоть и переболел брюш-

ным тифом, но остался жив. Вскоре обследуемая, как и многие другие беженцы, стала замечать изменения в характере и поведении – раздражительность, конфликтность, бессонницу. Изолированность и нежелание решать имеющиеся бытовые проблемы сделали жизнь в лагере невыносимой. Страх и тревога за безопасность усиливались после визитов в лагерь представителей таджикской оппозиции, которые агитировали молодых людей войти в состав их вооруженных отрядов. Участились случаи насилия над девушками и женщинами молодого возраста, которых насильно уводили в отряды. Только то, что муж обследуемой воевал в одном из «их отрядов» остановило их. Спустя полтора года проживания в лагере представителями ООН была организована пересылка писем на родину. Долгое время это был единственный источник информации, из которого обследуемая узнала, что в Таджикистане действует новое правительство, и оно делает все возможное для прекращения войны и восстановления мира. В этот период представители ООН предлагали беженцам добровольно вернуться на родину. Первая партия с помощью ООН к концу 1993 г. вернулась в Таджикистан. Однако в лагере распространялись слухи о том, что они подвергнутся наказаниям со стороны Правительства РТ за поддержку оппозиции. Психологический климат в лагере значительно улучшился после установления радиоточек, благодаря которым все имели возможность знать, что происходит вокруг, в первую очередь в Таджикистане. Организованная в Душанбе радиопередача «Хоки Ватан» (Земля Родины), специально вещавшая на афганские лагеря беженцев, давала возможность узнать, как живут беженцы после возвращения и оставшиеся на родине родственники. По мнению обследуемой, она и ее семья долго колебались, можно ли вернуться на родину, так как всех мучили сомнения, не будет ли преследований за то, что член их семьи – муж обследуемой был боевиком исламской оппозиции. Невыносимые условия лагеря, изоляция, болезни, душевная угнетенность и во многом известия о благополучном возвращении других беженцев на родину повлияли на принятие решения о возвращении. В 1997 г. в одной из последних партий обследуемая и члены ее семьи вернулись в Таджикистан через организованный Правительством РТ и международными организациями пограничный пропускной пункт «Хайратон-Термез-Шахритуз». Подготовка к возвращению осуществлялась в приподнятом настроении, все поздравляли друг друга, а сразу по прибытии старики, мужчины, женщины со слезами горя за пережитые события и радости возвращения, припав к земле, радовались возвращению. После возвращения они с грустью и обидой обнаружили, что все хозяйство разграблено, скот угнан, от нажитого прежнего имущества не осталось и следа. Родительский дом обследуемой был полностью разграблен, не осталось ничего – только голые стены. Дом самой обследуемой был полностью уничтожен и сожжен. По свидетельству очевидцев, дом взорвали вооруженные отряды, узнав, что это дом боевика оппозиции. Так, обследуемая, как и многие из возвратившихся, столкнулась с необходимостью восстановления утраченного хозяйства. Однако, со слов обследуемой, «эти проблемы не были сравнимы с пережитыми ранее драматическими событиями». Она, как и многие другие женщины, говорили: «Жизнь вновь вернулась к нам, потому что мы снова можем слышать звуки воды в реке и голоса домашних животных». С помощью международных орга-

низаций, предоставивших денежные пособия и строительные материалы, был восстановлен дом и для хозяйства приобретена корова, дававшая молоко. Сын обследуемой, хоть и должен был по возрасту идти в школу, физически и психически отставал в развитии от сверстников, так как вырос в лагере беженцев. Видя на улице людей в камуфляже (милицию или военных), пугался и прятался дома под кровать. Долго плакал и не мог нормально после этого играть с детьми. Соседи в большинстве своем помогали и сочувствовали их семье: помогали продуктами, участвовали в восстановлении дома. Однако постоянно чувствовались взгляды и шепот за спиной во время визитов к представителям местных органов власти. Соседей за это не осуждает, так как из-за мужа считает себя причастной к случившейся войне и гибели невинных людей и виноватой во всем этом. Спустя год после возвращения все чаще стала ощущать снижение настроения, бессонницу, кошмары по ночам, связанные с тематикой перенесенных событий. Видела себя переплывающей воды Пянджа, казалось, что ребенок утонул при переходе, проснувшись и увидев рядом спящего сына, начинала долго плакать. Иногда в сновидениях оплакивала ребенка, умершего от болезни в лагере. После таких ночей чувствовала себя разбитой и неспособной к активной трудовой деятельности. К психиатру в районную больницу обращаться не хотела, так как боялась, что обзовут «сумасшедшей», что отрицательно скажется на будущем. В последнее время такие состояния стали учащаться. После открытия Центра социальной поддержки для репатриантов в районе была одной из первых пациенток этого центра, где проходит реабилитацию по настоящее время.

Психическое состояние. В момент обращения сознание ясное, правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Доступна продуктивному контакту. Эмоциональный фон снижен, во время беседы, когда рассказывает о значимых психотравмирующих ситуациях, часто вздыхает, на глазах появляются слезы. Не может сконцентрироваться на одной мысли, говорит только о волнующих ее событиях и проблемах. Отмечает отсутствие удовольствия от прежних радостей: «Смысл жизни только в родителях и сыне, которого нужно воспитать». Такое состояние отмечает последние три года после возвращения из лагеря беженцев. Жалуется на постоянную тревогу, необъяснимый страх, бессонницу, ночные кошмары с тематикой пережитых событий, особенно переправы через границу и жизни в лагере, по утрам – разбитость, быструю утомляемость после работы по дому. Отмечает душевную опустошенность, снижение эмоциональных реакций, как переработку значимых радостных или трагических событий. О пережитых психотравмирующих событиях рассказывает подробно, отмечая все детали. Говорит, что никому не пожелала бы испытать то, что испытала она и многие, кто был в лагерях беженцев. Указанные изменения стала отмечать еще в лагере, спустя 3-5 месяцев после перемещения, проявлявшиеся тревогой, постоянными мыслями о случившемся. Заставляла себя держаться, так как ребенок был маленький и нужно было выжить самой и ребенку. Только спустя год после возвращения, когда стала восстанавливаться мирная жизнь и не было внутренней напряженности, сопутствовавшей ей все эти годы, эти явления стали все чаще давать о себе знать. Более всего беспокоят воспоминания о пережитых событиях, наплыв которых

отмечается, когда не занята какой-либо работой, особенно во второй половине дня или в связи с ночными сновидениями. После возвращения стала аккуратно исполнять религиозные обряды в надежде, что «бог простит все грехи и поможет». Обращение в Центр социальной реабилитации считает единственным шансом для себя, так как не обращается к психиатру из-за сложившихся в народе предрассудков. Считает, что с решением многих бытовых проблем ее самочувствие значительно улучшилось бы. После первичного посещения и обследования назначен курс комплексной терапии антидепрессантами и общеукрепляющими средствами в сочетании с социальным консультированием в центре и приобщением к коллективным навыкам социального функционирования.

Катамнез через 6 месяцев. Обследованная активна, бодра, по собственной инициативе посещает кабинет социальной поддержки, где в свободное время общается с соседками по району – такими же репатриантками из Афганистана, участвует в групповых методах работы: шитье одежды для детей, изготовлении национальных ковров ручной работы. Фон настроения нормализовался, дружелюбно и конструктивно настроена на продолжение реабилитации в центре. Благодарит, что помогли решить ряд проблем бытового плана (центр систематически контактирует с местными властями с целью содействия решению бытовых вопросов репатрианток). Появились реальные планы на будущее: хочет пойти на работу в детский сад в качестве воспитателя или няни, чтобы всегда видеть радостные лица детей. Готовит сына в школу, хочет, чтобы сын – ее единственная надежда на будущее, был грамотным и образованным. О перспективах своего семейного положения говорит, что родители настаивают на замужестве, однако пока не решила, сможет ли выйти замуж, так как сын уже большой, да и мнение односельчан для нее важно. Единственная тревога – сможет ли самостоятельно поднять сына и дать ему хорошее будущее.

Обсуждение. Характеризуя социокультурные факторы, участвующие в формировании неблагоприятного течения процесса СПД и его клинического оформления в указанную нозологическую форму психогенной депрессии, следует обратить особое внимание на факторы, формирующие так называемое «слабое звено» в группе репатрианток с длительностью СПД более одного года после пережитых ими психотравмирующих событий. Так, в блоке социально-демографических факторов особое место принадлежит возрасту. Репатрианткам в возрастной группе до 31 года было свойственно более неблагоприятное течение СПД, чем в группе репатрианток зрелого возраста. Недостаточность жизненного опыта в решении сложных проблем, возможность опоры на родителей в первые периоды психотравмирующих воздействий усложняли дальнейшее приобретение опыта и навыков в решении социально обусловленных проблем и активной борьбы за выживание в крайне тяжелых ситуациях.

Немаловажное значение для обследуемой имел и семейный статус: потеря супруга в период развития психогенно травмирующей ситуации вооруженного конфликта усугубила процесс дезадаптации. Наслоение личной трагедии на социально значимую драматическую ситуацию обусловило более тяжелое течение депрессивного состояния. Недостаточный уровень образования и сложность ориентации в общественно-политической ситуации, и, как следствие – недопонимание происходящего вокруг также оказало негативное влия-

ние на психику обследуемой. Взаимосвязь факторов материально-бытового обеспечения до и после перемещения и по возвращении на родину явилась решающей в процессе СПД в период пребывания в лагере беженцев и после репатриации. Значимость переработки психотравмирующей ситуации, обусловленной утратой прежнего положения семьи обследуемой в обществе и бытовой обустроенности, разрушение прежней системы материальных и духовных ценностей также сыграли свою роль в формировании и длительности СПД. Существенными для течения депрессивного состояния в период пребывания в лагере беженцев стали факторы отсутствия профессии и как следствие – вынужденная бездеятельность в лагере, формирующая социальную изоляцию, усугубляющую депрессию.

Переходя к анализу социокультурных факторов, участвующих в формировании депрессивных состояний у беженцев, следует в первую очередь отметить особенности семейного уклада таджиков. Традиционное проживание в большой неразделенной семье, где все важные решения принимаются главой семейства, а на уровне нескольких семей – лидером общины, обусловили ряд таких положительных черт в течении СПД, как взаимная поддержка на всех этапах перемещения и, несмотря на напряженную атмосферу в лагере, небольшое число конфликтных ситуаций. Немаловажное значение в течении СПД сыграли и традиции, связанные с коллективной поддержкой строительства и восстановления домов и хозяйств силами соседей и родственников, что в значительной мере устраняло социальную изоляцию.

Особенностями обследованного нами женского контингента репатриантов явились черты, связанные с традиционной социальной ролью женщины-таджички в обществе. Приверженность к вековым традициям семейного очага, тревога за судьбу близких, родителей, детей, отсутствие опыта проживания вдаль и вне дома (в отличие от мужчин, проходивших службу в армии и выезжавших на заработки) явились дополнительным психотравмирующим воздействием для обследованного нами контингента.

Немаловажное значение для длительности и глубины СПД имела социально-политическая ситуация как в регионе проживания перед бегством в Афганистан, так и в самих лагерях беженцев, расположенных неподалеку от линии фронта афганского вооруженного конфликта. Такие факторы, как религиозность и особенности языка не имели для обследованных решающего значения. Сходство языка, обычаев и религиозных обрядов у таджиков и части населения Афганистана имеют ряд общих черт, значительно облегчающих контакты на практическом уровне. Однако и это сходство не было актуальным для обследованных в силу удаленности афганских населенных пунктов от лагерей беженцев, а женщины, в отличие от мужского контингента, не осуществляли систематических контактов с местным населением.

Практически для всех обследованных крайне негативную роль сыграли условия проживания в лагерях беженцев как фактора незащищенности, нужности и постоянного страха перед неизвестностью. Фактор информированности беженцев о ситуации на родине и судьбе оставшихся там близких, как положительный фактор адаптации, сыграл свою роль в принятии ими решения о возвращении на родину. Длительное пребывание в лагере беженцев

обусловило «привыкание» к условиям жизни, стирание прежде имевшейся эмоциональной переработки.

Касаясь личностных особенностей обследуемой, следует отметить, что приведенное клиническое наблюдение позволяет характеризовать ее как личность с преобладанием тревожно-депрессивных черт, что обуславливает и ряд особенностей течения психогенной депрессии. На первый план в данном случае выступало переживание тревоги, сопряженное с подавленным настроением. Обращает на себя внимание тот факт, что в качестве основной жалобы обследуемой на первый план выступала тревога, доминирующая в общей картине, а снижение настроения оценивалось как вторичное проявление депрессии. Переживания концентрировались как вокруг собственного «Я», так и распространялись на ближайшее окружение. В клинической картине депрессии большое место занимают наплывы запечатленных травмирующих событий с актуализацией постоянных воспоминаний в виде кошмарных сновидений с тематикой пережитого.

Идеи бессмысленного существования, отмечавшиеся у обследуемой, были присущи и другим репатрианткам с указанным типом личности и отмечались в период пребывания в лагерях беженцев как результат переработки реально существующей психогенной ситуации – длительного пребывания в лагере. Эти симптомы редуцировались после репатриации и возвращения к мирной жизни, после чего репатриантки строили реальные планы на будущее. Такое многофазное течение депрессивного состояния было тесно взаимосвязано с влиянием мощных многократных длительных психогенных воздействий, придающих специфику клинической картине заболевания. Одной из важных особенностей течения ПДР у обследованного контингента репатрианток является стертость или относительная бессимптомность первых фаз депрессивного состояния. Несмотря на мощные психотравмирующие воздействия вооруженного конфликта и перемещения в лагерь, симптоматика оказывалась внешне невыраженной. Необходимость мобилизации жизненного потенциала перед неизбежностью борьбы с трудностями отодвигали депрессивную симптоматику на второй план, а активизация симптомов отмечалась лишь после возвращения и устранения вышеуказанных психотравмирующих воздействий.

Таким образом, комплекс социокультурных факторов имеет ведущее значение в формировании СПД женского контингента репатриированных беженцев на различных этапах их перемещения и проживания в лагерях беженцев. Установлено, что психогенные факторы, воздействующие на беженцев, можно условно разделить на две последовательно развивающиеся фазы, обуславливающее мощное специфическое воздействие на личность обследованных женщин-беженок: вооруженный конфликт, перемещение за рубеж, длительное пребывание в лагерях беженцев и процесс репатриации и возвращения к мирной жизни. Выделение «группы риска» по неблагоприятному течению СПД у обследованных репатрианток позволяет осуществить раннюю диагностику и меры по медико-социальной реабилитации беженцев на различных этапах их перемещения и после возвращения.

8.4. Социокультурные особенности социально-психологической дезадаптации беженцев

В настоящем разделе проанализированы результаты изучения влияния таких социально-демографических и этнокультурных факторов, как возраст, семейный статус, образовательный уровень, занятость трудовой деятельностью, особенности материально-бытового обеспечения, микросоциального окружения, культуры, религии, языка, обычаев, степени информированности о судьбе близких и ситуации на родине, длительность пребывания в местах вынужденного перемещения, на глубину и длительность СПД таджикских женщин-беженок как в местах многолетнего пребывания в лагерях беженцев в Афганистане, так и после возвращения на родину и реинтеграции в прежнюю социальную среду.

Наибольший удельный вес репатриированных беженок, СПД которых продолжалась от шести месяцев (32,25%) до одного года (30,51%) после возвращения на постоянные места проживания, наименьший – с продолжительностью дезадаптации до трех месяцев (19,42%) и свыше одного года (17,82%).

Анализируя взаимосвязь длительности СПД с возрастом, следует отметить, что практически во всех возрастных группах достоверно отмечалась положительная корреляция длительности СПД с возрастом. Так, в возрастной группе до 20 лет длительность СПД была отмечена до трех месяцев у 21,86% и до шести – у 36,28% репатрианток, а в группе 21-30 лет – у 25,7% и 40,0% соответственно. Лишь у незначительного числа обследованных репатрианток (13,49% и 6,43%) в указанных возрастных группах (до 20 лет и 21-30 лет) отмечались признаки СПД продолжительностью более одного года ($p < 0,05$).

Иная картина складывалась в возрастной группе 31-40 лет. Здесь практически одинаковый удельный вес репатрианток приходился на различную по продолжительности СПД – 29,96% в период до шести месяцев и 23,02% в период до трех месяцев. В возрастных группах женщин-репатрианток 41-50 и 51-60 лет наибольший удельный вес СПД длительностью до одного года достоверно отмечался в 41,93% и 48,7% случаев, в то время как ничтожно малое число репатрианток (15,72% и 9,2% соответственно) испытывали СПД продолжительностью до трех месяцев ($p < 0,01$). Удельный вес репатрианток старше 61 года с длительностью СПД до одного года составил 50,0% общего числа обследованных данной группы. Интересно, что в данной возрастной группе практически не встретилось репатрианток с длительно-

стью СПД до трех месяцев, а длительность СПД до шести месяцев и свыше одного года достоверно отмечалась у 28,38% и 21,62% репатрианток указанной возрастной группы ($p < 0,05$).

Анализ взаимосвязи длительности СПД с семейным статусом показывает, что в группе замужних репатрианток удельный вес обследованных с длительностью СПД до одного года составлял 37,14%, и лишь 11,99% были адаптированы к прежнему месту проживания уже через три месяца после возвращения.

Несколько иная картина складывалась в группе незамужних репатрианток. Длительность СПД для большинства из них составляла шесть месяцев (35,0%) или год после возвращения в прежнюю социальную среду (30,48%). Представляет интерес длительность СПД у разведенных и вдов. Следует отметить, что удельный вес разведенных в контингенте обследованных был достоверно мал (4,5% общего числа обследованных). Все они осуществили развод до перенесенных ими трагических событий и проживали на момент перемещения со своими родителями и родственниками. Соответственно, процесс дезадаптации протекал у них достоверно дольше, чем в группе замужних и незамужних. Так, длительность СПД до одного года достоверно отмечалась у 41,54% разведенных, свыше одного года у 32,3%, в то время как 18,46% разведенных были адаптированы спустя полгода после возвращения и лишь 7,69% – до трех месяцев после репатриации ($p < 0,05$).

В плане особенностей формирования СПД особое значение приобретает анализ длительности СПД у вдов. Абсолютное большинство женщин-репатрианток потеряли своих мужей в период гражданской войны 1992 г., что послужило мощным дополнительным психотравмирующим фактором дезадаптации как в плане личностной переработки несчастья на фоне переживаемых трагических событий, так и в плане глубоких переживаний за свою дальнейшую судьбу, жизнь и будущее воспитываемых детей. Кроме того, вдовам была более свойственна большая самостоятельность в решении бытовых и административно-правовых вопросов, чем незамужним и разведенным обследованным, так как последние решали свои бытовые проблемы с помощью родственников и родителей. Так, большинство вдов (43,02%) были адаптированы к прежним условиям жизни только к концу первого года, и лишь у небольшой доли репатрианток данной группы (10,19% и 15,84%) была достоверно выявлена длительность СПД до трех или шести месяцев соответственно.

Представляет интерес анализ взаимосвязи длительности СПД с образовательным уровнем репатрианток. Так, у репатрианток с неполным средним и начальным образованием преобладала СПД продолжи-

тельностью до шести месяцев (27,97%) и до одного года (36,09%), в то время как адаптировались к прежним условиям в период до трех месяцев 20,47% обследованных, в период одного года – 15,47% данной группы. Аналогичная картина складывалась у репатрианток со средним образованием. Длительность СПД у 28,42% из них составила шесть месяцев, у 30,76% – до одного года и лишь у 18,79% СПД отмечалась в период свыше одного года. Более продолжительная по длительности СПД наблюдалась у репатрианток с незаконченным высшим и полным высшим образованием. Несмотря на ничтожно малый удельный вес лиц с высшим и незаконченным высшим образованием (3,26% общего числа обследованных), их СПД была длительной. Ее продолжительность до 1 года наблюдалась у 36,17% обследованных и свыше одного года – у 27,66%.

Анализ влияния видов трудовой деятельности и степени занятости репатрированных беженцев общественно-полезным трудом на длительность СПД показал, что фактор трудовой адаптации являлся ведущим для большинства обследованных женщин-репатрианток. Так, в группе занятых физическим квалифицированным трудом 51,44% обследованных были адаптированы к условиям жизни в прежних местах жительства после шести месяцев, и лишь у 13,67% репатрианток данной группы продолжительность СПД составляла более одного года. В противоположность этому, в группах репатрианток, занятых физическим неквалифицированным трудом и вынужденно незанятых, период СПД длился достоверно дольше ($p < 0,05$) и составлял свыше одного года у 47,43% и 43,18% соответственно. Лишь 17,14% и 11,52% репатрианток из этих групп были адаптированы к прежним местам проживания уже к концу первого полугодия после возвращения в прежние места проживания. Доля обследованных с периодом СПД до трех месяцев была ничтожно мала (9,14% и 5,66% соответственно).

Здесь важное значение имел такой критерий дезадаптации, как настоятельная потребность в трудовой деятельности. Однако разрушенные дома, личные хозяйства, угнанный скот, невозможность занятия традиционными видами деятельности из-за отсутствия скота, земли и возможностей для посева, разрушение прежней социальной инфраструктуры (детские сады, школы и лечебные учреждения) явились решающими факторами усугубления процесса СПД репатрированных беженцев.

Особый интерес представляет анализ влияния фактора информированности репатриантов о ситуации на родине и судьбе родных и близких в период их пребывания в лагерях беженцев на длительность СПД. Следует отметить, что в период вынужденного пребывания об-

следованных в лагерях беженцев представителями ряда международных гуманитарных организаций была организована пересылка семейных сообщений как из Афганистана, из лагерей беженцев, так и обратно, с территории Таджикистана, от оставшихся там родственников беженцев. Данные акции были направлены на восстановление связи между родственниками, обмен семейными новостями и последующее восстановление семей.

Кроме того, в апреле 1993 г. Правительством РТ при поддержке международных организаций был организован цикл радиопередач «Хоки Ватан» («Земля Родины»), посредством которых всем гражданам, чьи родственники и члены семьи находились в лагерях беженцев в Афганистане, была предоставлена возможность обратиться к ним с просьбой о скорейшем возвращении на родину. Места расположения палаточных лагерей беженцев были оборудованы радиоприемниками, с помощью которых практически у всех беженцев была возможность получения этих сообщений.

Следует отметить, что в тот период в лагерях беженцев распространялась противоречивая и недостоверная информация о том, что «якобы после возвращения все беженцы будут уничтожены либо привлечены к суровому наказанию за возможную причастность к одной из противоборствующих сторон в конфликте». В связи с этим основной целью радиопередач, организации пересылок сообщений, а в последующем и визитов представителей Государственной миграционной службы Правительства Таджикистана в лагеря беженцев, явилось обеспечение наиболее полной информированности беженцев как о стабилизации социально-политической ситуации в Таджикистане, так и предоставление гарантий безопасности беженцам после их возвращения на Родину. За указанный период, по данным международных организаций, была осуществлена пересылка 6572 семейных посланий. В этот же период на радио через прямой эфир было выпущено 3957 обращений родственников с просьбой о возвращении беженцев на Родину.

В связи с этим данный социокультурный фактор сыграл очень важную роль в течении и исходах СПД репатриантов. Данный критерий дезадаптации представляется особенно актуальным для обследованного нами женского контингента репатрианток. Традиционная приверженность к семейному очагу, забота о родных и близких, членах семьи, тревога о ситуации на родине и ее влияние на безопасность оставшихся там родственников, отсутствие информации о местонахождении мужчин – глав семей, сыновей и братьев оказали серьезное влияние на процесс СПД.

Также проанализирована взаимосвязь степени информированности беженцев о ситуации на родине и судьбе родственников с длительностью СПД. Практически все обследованные не располагали какой-либо информацией о судьбе родных и близких, что послужило фактором их СПД уже в первые три месяца. У 22,6% репатрианток, полностью информированных о происходящем в Таджикистане, достоверно отмечалась длительность СПД до шести месяцев, в то время как в группе частично информированных, т.е. имевших лишь отрывочные сведения о происходящем на родине, длительность СПД до шести месяцев отмечалась в 17,12% случаев ($p < 0,05$). В то же время лишь у 6,17% женщин в группе, не имевших каких-либо сведений, длительность СПД составляла до шести месяцев. Аналогичная тенденция была характерна для женщин с длительностью СПД до одного года. В группе полностью информированных она была установлена у 49,3%, частично информированных – у 30,98% и неинформированных – у 18,0%. Наиболее длительная по времени СПД – продолжительностью более одного года – отмечалась у 75,83% беженок, абсолютно не информированных о ситуации на родине. Следует отметить, что в период пребывания в лагерях беженцев, обследованные не имели доступа к каким-либо средствам массовой информации: телевидению, газетам. Случайно попадавшие в лагерь афганские газеты были недоступны большинству обследованных, так как печатались арабской графикой, незнакомой беженцам.

Переходя к анализу влияния наиболее общих для всего обследованного контингента женщин-беженок социокультурных факторов на длительность СПД, следует в первую очередь выделить такие из них, как: длительность пребывания обследованных в лагерях беженцев, особенности взаимоотношений с местным населением (религия, культура, язык, обычаи), потребность в трудовой деятельности, характер материального обеспечения до и после перемещения.

Для более полного анализа длительности пребывания обследованных в лагерях беженцев нами кроме результатов собственных исследований были использованы данные Государственной миграционной службы Министерства труда и занятости населения РТ о длительности пребывания таджикских беженцев в Афганистане, позволившие на основе фактических данных проследить динамику процесса репатриации таджикских беженцев из Афганистана.

Преобладающее большинство беженцев – 38333 чел. (74,58%) были репатрированы в период 1993-1994 гг., в то время как в последующие годы удельный вес репатрированных заметно снизился. Это в первую очередь было связано с объективными сложностями репат-

риации. Так, в первые годы число желающих вернуться на родину было преобладающим, что свидетельствовало о серьезной подготовительной работе специально созданной правительственной комиссии с участием международных организаций. Одним из условий возвращения беженцев было предоставление им гарантий безопасности и недопущения преследований по мотивам принадлежности к тому или иному региону страны со стороны государства и военных формирований, а также создание минимальных условий для достойной жизни на родине. Резкий спад числа репатриантов в 1995-1996 гг. был связан как с периодом «выжидания» после возвращения первой партии беженцев, так и известиями о сложностях репатриации. В период 1993-94 гг. дома многих беженцев были разрушены либо незаконно заняты другими лицами, что в значительной мере стало сдерживающим фактором для возвращения последующих партий беженцев.

В 1997 г. была осуществлена вторая по масштабности операция по репатриации беженцев из Афганистана. На родину были возвращены 10368 чел (20,18%) репатриантов. Столь масштабный характер возвращения был тесно связан с активизировавшимся процессом восстановления мира в Таджикистане и подписанием в июне 1997 г. Общего Соглашения о мире между Правительством РТ и Объединенной таджикской оппозицией. Возвращение беженцев, как один из основных пунктов Соглашения о мире между противоборствующими сторонами, накладывало большие обязательства на стороны, как в плане создания Правительством Таджикистана максимальных условий для скорейшей реинтеграции беженцев в прежнюю социальную среду (восстановление домов, компенсация за разрушенное хозяйство, создание дополнительных рабочих мест и т.д.), так и в плане активной разъяснительной работы представителей таджикской оппозиции в лагерях беженцев о необходимости и реальной возможности возвращения на Родину. Созданная в 1997 г. после подписания Соглашения о мире Комиссия национального примирения продолжила усилия по репатриации, и в период 1998-1999 гг. оставшиеся 190 человек беженцев были возвращены в Таджикистан на места своего прежнего проживания. Закончившийся в 1999 г. процесс репатриации таджикских беженцев из Афганистана стал фактически одним из главных достижений мирного процесса и положил начало сложному, но необходимому периоду социальной реинтеграции бывших беженцев в прежнюю микросоциальную среду.

При анализе взаимосвязи длительности СПД с периодом пребывания беженцев в лагерях на территории Афганистана следует отметить, что многие положения, основанные на анализе отчетов Государ-

ственной миграционной службой РТ, нашли свое подтверждение. Выявлена положительная корреляция между продолжительностью СПД женщин-беженок и длительностью их пребывания в лагерях беженцев ($p < 0,05$). Так, более чем у половины обследованных с периодом пребывания в лагере беженцев до одного года длительность СПД была до полугода (54,99%), и лишь у 9,59% обследованных данной группы длительность СПД составляла более одного года. Совершенно иная картина складывается в группе обследованных с периодом пребывания в лагере до 5 лет. Здесь удельный вес обследованных с длительностью СПД до одного года и свыше составил 29,51% и 37,87% соответственно, в то время как доля репатрианток с периодом СПД до трех месяцев составляла 13,01%, до шести месяцев – 19,61%.

Представляет интерес сравнительный анализ особенностей формирования СПД в группе с длительностью дезадаптации до трех месяцев. У лиц, находившихся в лагерях беженцев до трех и до четырех лет, достоверно отмечался более длительный период дезадаптации ($p < 0,01$), в то же время длительность СПД до трех месяцев в группе проживавших в лагере беженцев до пяти лет составляла 13,01%. В данном случае ведущую роль в сокращении периода дезадаптации сыграла длительность пребывания, т.е. переход от фазы культурно-психологического шока к фазе активного функционирования беженцев, анализ которых детально будет приведен ниже. Вместе с тем в группе с длительностью пребывания в лагере беженцев до шести лет минимальная длительность СПД составляла шесть месяцев и была отмечена у 10,35% репатрианток данной группы.

Одной из основных причин схожести течения СПД в группах с длительностью пребывания в лагерях до двух, трех и шести лет является эмоциональный фон, который был отмечен у беженцев после первой и второй крупных операций их репатриации на родину. После возвращения в Таджикистан первой партии беженцев оставшиеся беженцы заняли позицию «выжидания», не имея информации о судьбе вернувшихся. В то же время после второго массового возвращения беженцев в 1997 г. и последовавшим вслед за этим потоком положительной информации о поддержке репатриантов со стороны государства и международных гуманитарных организаций эмоциональный фон оставшихся там небольших групп беженцев заметно понизился, негативно повлияв на длительность СПД у обследованных.

Несомненно представляет особый интерес сравнительный анализ материально-бытовых условий беженцев до перемещения, в период пребывания в лагере беженцев и после возвращения у женщин-репатрианток. Преобладающее большинство обследованных репатри-

антов (98,62%, или 1422 чел.) оценили уровень своего материального обеспечения до вооруженного конфликта и последующего перемещения как удовлетворительный и лишь 1,38% (20 чел.) как неудовлетворительный. В период пребывания в лагере беженцев у всех обследованных был низкий уровень материально-бытового обеспечения. Тем не менее 4,65% (67 чел.) оценили свое материально-бытовое обеспечение в лагере как удовлетворительное, в то время как преобладающее большинство 95,35% (1375 обследованных) оценили уровень материально-бытовых условий проживания в лагере как крайне неудовлетворительный.

Анализируя критерии материально-бытового обеспечения, следует отметить, что в различные периоды перемещения репатрианты использовали различные критерии оценки своего материально-бытового обеспечения. Так, среди основных показателей материально-бытовой обеспеченности до перемещения репатриантами были отмечены такие, как наличие собственного дома на селе, либо квартиры в районных центрах, земельного участка, крупного или мелкого рогатого скота как основного источника доходов. В качестве показателя материальной обеспеченности в тот период репатриантами отмечен стабильный заработок, наличие автомобилей, импортной мебели, телевизоров, холодильников, магнитофонов и другой необходимой бытовой техники. Большинство обследованных репатрианток до перемещения были заняты преимущественно работой по дому, в то время как материальным обеспечением семьи занимались мужчины – главы семей (отцы, мужья).

Традиционно преобладающее большинство семей репатриантов до перемещения занимались возделыванием прибыльных цитрусовых сельскохозяйственных культур, реализуемых впоследствии в северных регионах СССР. Другая часть семей репатриантов была занята в сфере животноводства и выделывания шкур домашних животных, также приносивших высокие доходы. Лишь незначительная часть работала в сфере услуг и интеллектуального труда (водители транспорта, медицинские сестры, врачи, учителя, агрономы) и имела относительно высокий уровень материального обеспечения. Следует отметить, что многие из обследованных репатрианток в качестве критерия обеспеченности называли возможность проведения ежегодного отпуска на курортах бывшего Советского Союза, использовавшегося в силу национальных традиций исключительно мужчинами – главами семей.

Изменение критериев оценки уровня материальной обеспеченности в период пребывания в лагере было обусловлено в первую очередь резкой сменой окружающей обстановки, когда десятки тысяч людей,

оставив свои богатые дома, скот, несобранный урожай и запасы продовольствия, взяв с собой лишь минимум необходимого, переместились в чужую страну, где основной целью стало выживание и получение самых необходимых условий для существования. Так, среди критериев удовлетворительного материально-бытового обеспечения ничтожно малая часть репатриантов отметила условия, отличающиеся от предоставленных всем беженцам минимальных условий со стороны международных организаций.

Ничтожно малая доля беженцев, преимущественно мужчин – глав семей беженцев, имела возможность дополнительного заработка в близлежащих населенных пунктах Афганистана. Это в первую очередь относилось к учителям начальных и средних классов, врачам и среднему медицинскому персоналу, водителям транспортных средств, мастерам по ремонту электрооборудования, острый дефицит которых ощущался в селах Афганистана. Данный контингент беженцев имел возможность заработка и получения платы за труд. Все это позволяло несколько разнообразить рацион питания, с включением в него мяса и овощей, оборудовать палатки печами для обогрева и приобретения необходимых медикаментов в случае болезни членов семьи. Ряд беженцев, в том числе и женщин, имевших преимущественно медицинское и педагогическое образование, могли получать определенный, хоть и мизерный заработок обслуживанием других беженцев.

После возвращения репатрианты столкнулись с разрушенными, разграбленными и сожженными в ходе войны домами, угнанным скотом, потерей всего нажитого годами имущества и фактическим отсутствием средств к существованию, что послужило для них мощным дополнительным фактором СПД.

Обобщая описанные социокультурные факторы, оказавшие влияние на формирование и длительность СПД женщин-беженок, репатрированных из Афганистана, следует отметить, что влияние вышеописанных социально-демографических и этнокультурных факторов необходимо рассматривать исключительно в контексте взаимодействия приведенных факторов и их комплексного влияния на формирование СПД у репатрианток. Анализ данных факторов позволил выделить так называемую группу риска по длительности СПД, а также комплекс факторов, способствующих более благоприятному течению СПД и значительному сокращению процесса дезадаптации беженцев.

Так, анализ роли комплекса социально-демографических и этнокультурных особенностей у беженцев позволил выявить «группу риска» в формировании СПД на различных этапах перемещения. Существенное влияние на длительность СПД имеют все представленные со-

циокультурные факторы, оказывающие свое воздействие на такие показатели дезадаптации, как значительное нарушение взаимоотношений в микросоциальном окружении, профессиональной деятельности, выраженное нарушение межличностных связей, связанное с изменениями в социальном статусе личности, сохранение актуальности симптоматики после окончания действия стрессора.

Представленный анализ дает основание для выделения группы риска лиц с длительным периодом дезадаптации свыше одного года после репатриации. Данная группа имеет следующие характеристики: возраст до 31 года и свыше 50 лет, что связано с недостаточностью жизненного опыта по преодолению тяжелых жизненных ситуаций у молодых обследованных и наличием стереотипов и меньшей гибкостью у более старших, связанными прежде всего с устоявшимися жизненным укладом и тяжелыми переживаниями по поводу утраты прежних жизненных ценностей. Отсутствие образования либо начальное образование, незанятость общественно-полезным трудом, социальная изоляция имеют также решающее значение в усугублении процесса дезадаптации. Отсутствие информации о судьбе близких и ситуации на Родине усугубляет процесс дезадаптации наряду с длительным пребыванием беженцев в лагерях свыше 2-3 лет.

В плане особенностей формирования СПД особое значение приобретает анализ ее длительности у вдов. Формирование такого мощного дополнительного психотравмирующего фактора, как известие о смерти мужчин – глав семей в период вооруженного конфликта в значительной мере усугубило процесс дезадаптации. Наложение психотравмирующей ситуации вооруженного конфликта и последующего перемещения в лагерь беженцев в Афганистане на личную трагедию гибели мужа имело для данной категории репатрианток особое значение как в плане личностной переработки несчастья на фоне переживаемых трагических событий, так и в плане глубоких переживаний за свою дальнейшую судьбу, жизнь и будущее воспитываемых детей. Вынужденная самостоятельность в решении бытовых и административно-правовых вопросов, присущая вдовам, обуславливала их существенные различия с незамужними и разведенными обследованными. Так, большинство вдов (43,02%) были адаптированы к прежним условиям жизни лишь к концу первого года после возвращения, что дает основание оценивать фактор потери супруга в качестве одного из усугубляющих процесс СПД.

Результаты исследования также выявили ряд факторов, оказывающих существенное влияние на благоприятный исход и сокращение длительности СПД у другой группы репатрианток. Так, практиче-

ски все представленные социокультурные факторы имели достоверно положительную корреляцию с периодом и глубиной дезадаптации ($p < 0,05$). Группа обследованных с благоприятным течением периода адаптации характеризуется такими характеристиками, как: возраст 31-40 лет, замужество либо проживание в семье своих родителей, средне-специальное или среднее образование, занятость физическим квалифицированным трудом, доступ в период нахождения в лагере беженцев к информации о ситуации на родине и судьбе близких и родственников. Большое значение имела длительность пребывания в лагерях беженцев, что сказывалось на длительности СПД. Практически все обследованные из данной группы возвратились на места своего постоянного проживания в период года-полутора лет после перемещения.

Глава 9

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕПАТРИРОВАННЫХ БЕЖЕНОК

В современной научной литературе, посвященной проблемам реагирования человека на разнообразные экстремальные психотравмирующие ситуации, значительное число исследований посвящено роли многообразных факторов в формировании СПД у лиц, подвергшихся психотравмирующим воздействиям, связанным с последствиями стихийных бедствий, техногенных катастроф либо вооруженных конфликтов. В большинстве из них рассматриваются вопросы влияния указанных психогенных воздействий на клиническое оформление патологических состояний у лиц, находившихся в очаге катастроф, либо военнослужащих, выполнявших свои профессиональные обязанности в зонах боевых действий. Вместе с тем клинико-психопатологические характеристики больших масс гражданского населения, проживавшего в очаге вооруженного конфликта, впоследствии переместившегося и длительно проживавшего в лагерях беженцев, а также вопросы его реадаптации в прежнюю социальную среду до настоящего времени мало изучены.

В настоящей главе проанализирована клиническая характеристика психических расстройств у таджикских женщин-беженек в период после их репатриации, динамика и влияние указанных состояний на процесс и исходы СПД. Клинико-психопатологическое и клинико-

динамическое обследование репатриированных беженцев, проведенное после их возвращения на родину в прежнюю социальную среду, показало ряд особенностей, присущих данному контингенту лиц, перенесших комплексное воздействие психогенных вредностей.

Особое внимание уделялось изучению закономерностей их формирования в различные периоды перемещения, в первую очередь незапланированного хаотичного бегства и последующего пребывания в лагере беженцев в Афганистане. Учитывая преимущественно ретроспективный характер данной части исследования, диагностика строилась как на основе имеющейся медицинской документации, клинической картины настоящего заболевания, так и информации, полученной от самих больных и их родственников, что в некоторой степени усложняло верификацию диагноза.

9.1. Клинико-психологические механизмы реагирования на стресс и его последствия

Концепция посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и расстройств адаптации, основные положения которой были предложены на основе результатов изучения большого клинического материала и колоссального опыта Второй мировой войны, как в ходе боевых действий, так и по результатам наблюдений лиц, перенесших пытки и заключение в концлагере, вооруженных конфликтов и катастроф конца XX в., впоследствии сформулированная на основе изучения психических расстройств ветеранов войны во Вьетнаме, позволяет рассматривать ПТСР как расстройства, возникающие в результате воздействия отчетливого экзогенного психотравмирующего фактора, причинная связь с которым и обуславливает формирование тех или иных психических нарушений. Характеризуя клинические проявления ПТСР, авторы отмечают, что спектр наблюдаемых психических нарушений отмечался и описывался и ранее, главным образом в рамках неврозов и патохарактерологических изменений личности. Ю.А. Александровский (1996) отмечает, что психопатологические расстройства, формирующиеся в рамках ПТСР, хотя и обнаруживают много общего с развивающимися в обычных условиях, но характеризуются и определенными различиями. В первую очередь – это одномоментное возникновение психических расстройств на большое число людей, во вторых – достаточно типичный характер клинических проявлений, не отличающийся индивидуальными особенностями.

Ряд исследователей (Е. Quarantelli, 1977; L. Baron, 1996; A. Roy, 1978; A. Taylor, Frazer A 1982) подчеркивают необходимость комплексного подхода к проводимым исследованиям, учитывающего особенности социальной структуры, культурных различий, географической среды, индивидуальных психологических и биологических (в частности пола) характеристик лиц, подвергшихся влиянию экстремальных ситуаций. Авторы считают, что кросскультурные различия имеют особое значение как при формировании экстремальных ситуаций, так и при поисках выхода из них.

Актуальность проблемы и стимул к ее интенсивному изучению связаны с участвовавшими военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами в мире, особенно после аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 г. и землетрясения в Армении в 1988 г. Психопатологические и личностные расстройства у участников войны во Вьетнаме и сходные воздействия и психопатологическая симптоматика в других экстренных ситуациях были выделены в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы – ПТСР.

Как показали специальные исследования (Т.Б. Дмитриева, К.Л.Иммерман, М.А.Качаева, 1998, Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин, 1991; Ю.А Александровский, Г.М Румянцева, В.В. Юров, А.Н. Мартюшов, 1991 и др.), ПТСР – это системная реакция организма, затрагивающая всю личностную структуру – когнитивную сферу, оценку ситуации, оказывающая влияние на психопатологические проявления.

В то же время при сравнении самого события, ставшего причиной ПТСР, его клиническая картина и течение во многом различны в зависимости от характера катастрофы, определяющего остроту состояния, его динамику, последующие изменения личности и ее социально-психологическую дезадаптацию. Так, последствия аварии на Чернобыльской АЭС проявляются преимущественно наступающими когнитивными расстройствами; в ситуации вооруженного конфликта переживаниями угрозы жизни у лиц, подвергшихся изнасилованию, – реакциями избегания; у комбатантов – обсессивными переживаниями (flash back). Поэтому естественно, что ПТСР у женщин-беженок отличается от ПТСР у комбатантов и жертв других катастроф.

Для понимания механизмов формирования ПТСР у женщин-беженок и особенностей его клинической картины следует прежде всего остановиться на анализе стрессовой ситуации, в которой оказался данный контингент. Длительное (в течение 2-3 месяцев) пребывание в условиях вооруженного конфликта, сопровождающееся постоянным чувством страха, опасениями как за собственную жизнь,

так и за жизнь детей и близких, внезапное неподготовленное поспешное и хаотичное перемещение женщин с детьми в Афганистан с помощью любых подручных средств рассматривается как катастрофа. Преодоление в ночное время неизвестных территорий, переплывание пограничной реки Пяндж неподготовленных к этому женщин и детей, тонувших на глазах матерей и близких, резкое физическое истощение, связанное с побегом, страх – все это оказывается основой для последующего формирования ПТСР, причем не в столь отдаленные сроки, как описано большинством авторов, а значительно ранее – недели, месяцы (А.С. Тиганов, Л.Н. Видманова, Т.П. Платонова, 1985).

Вначале у женщин по достижении земли Афганистана в клинической картине на первый план выступает чувство некоторого подъема, облегчения, несмотря на тяжелую усталость, осознание спасения от неизбежной опасности. Однако подобное состояние приподнятости, энергии и инициативы на фоне некоторой растерянности сменяется наступающим осознанием понесенных потерь, чувством вины, связанным с погибшими детьми, оцепенелости и эмоциональной притупленности, отчуждения, отгороженности. В то же время сохраняется неутихающая тревога, горе, связанное с постоянными воспоминаниями о погибших во время побега близких, беспокойство о больных, острое чувство безнадежности, неверие в возможность выжить, сохранить оставшихся часто больных детей. Это состояние усугубляется традиционным положением женщины в таджикской семье, не имеющей навыков принятия самостоятельных решений, полностью подчиненных мужьям и родственникам и вынужденным в критический момент в нарушение традиций действовать самостоятельно.

Как отмечают Ю.А. Александровский, Г.М. Румянцева, В.В. Юров, А.Н. Мартюшов (1991), для понимания последующей динамики ПТСР необходим анализ индивидуальной, групповой, семейной и общественной перспективы развития посттравматической ситуации, имеющей у обследованных женщин первоначально общий, однозначно отрицательный характер. Это положение сочетается с данными Б.С. Положего (2001), отмечающего, что в различных регионах социально-стрессовые расстройства во многом зависят от истории нации, доминирующих в ней религиозных убеждений, системы отношений в семье, что особенно важно в ситуации женщин-таджичек, непривычных в силу национальных традиций к самостоятельным действиям, особенно в стрессовой ситуации.

Как показало исследование, особенностью формирования ПТСР у репатриированных женщин-беженков является последовательная смена

сверхсильных стрессовых ситуаций, каждая из которых усугубляет картину ПТСР предыдущего периода. Пребывание в ситуации вооруженного конфликта, как правило, без мужской поддержки, чувство страха, опасение за детей формируют длительное эмоциональное напряжение, страх. Это резко усугубляет последующие трудности бегства в Афганистан из обстановки вооруженного конфликта, сопровождающееся тяжелыми потерями родных и близких, особенно детей, что сменяется новым непредвиденным потрясением – помещением в лагерь беженцев, расположенных вдали от населенных пунктов, отсутствием в них элементарных условий жизни, скудным нерегулярным питанием, резко ограниченным доступом к необходимой медицинской помощи, особенно детям, недостатком либо полным отсутствием информации о происходящих на родине событиях. Эта новая непредвиденная стрессовая ситуация видоизменяет клиническую картину ПТСР, усугубляя смысловое восприятие содержания катастрофы у женщин-беженок.

Как показывает анализ проведенного обследования репатрианток, наряду с социокультурными факторами, определяющими формы реагирования на стресс, не меньшее значение имеют особенности реакций в различных дискретных группах. По данным доступной литературы, отчетливо выявляется большая тропность женщин и детей к указанным психогеннотравматизирующим факторам (А.С. Тиганов, Л.Н. Видманова, Т.П. Платонова, 1985; Ю.А. Александровский, Г.М. Румянцева, В.В. Юров, А.Н. Мартюшов, 1991). Проведенное исследование отчетливо выявляет указанные особенности реагирования, связанные как с этнокультурными, так и с гендерно-типическими факторами, определяющими положительные паттерны поведения в отношении детей и всю клиническую картину ПТСР при описанных обстоятельствах. Именно в силу этих факторов эти женщины, оказавшись в лагере в ситуации изоляции, вопреки своему состоянию оцепенелости и эмоциональной притупленности вынужденно проявляли активность ради спасения детей и близких. При этом у них сохранялась характерная для ПТСР симптоматика – яркие навязчивые воспоминания о наиболее травматизирующих моментах, связанных с перемещением через границу.

Таким образом, на определенном этапе на фоне последовательно сменяющихся жизненно угрожающих ситуаций клиническая картина первоначального ПТСР меняется. С одной стороны, становятся менее выраженными острые проявления ПТСР, с другой – остаются неизменными основные проявления этого состояния – навязчивые воспоминания особенно тяжелых событий, включаются эпизоды повторного пере-

живания травмы в виде возникающих порой реминисценций, ассоциирующихся отдельными внешними атрибутами с травмой, а также снов, кошмаров на фоне хронического чувства вины в связи с погибшими детьми и близкими. При таком последовательном наложении тяжелых стрессовых факторов с длительным существованием симптомов депрессии и неразрешенности ситуации адаптивные функции утрачиваются, вступают в силу факторы СПД. При этом по данным Ю.А. Александровского и Г.М. Румянцевой (1991), за счет симптомов ПТСР происходит патоморфоз типичных невротических расстройств.

9.2. Клинические особенности психических расстройств у репатрианток

Настоящее исследование показало, что фактором, значительно усложнявшим диагностику психических расстройств, явилось крайне неудовлетворительное соматическое состояние пациенток вследствие длительного пребывания в лагерях беженцев и имеющих на момент обследования неудовлетворительные материально-бытовые условия, что значительно видоизменяло психический статус обследованных и клиническую картину выявленных у них психических расстройств. Так, более чем у 80% обследованных обнаруживались признаки выраженной железодефицитной анемии, у 65% – авитаминоза, у 39% – алиментарной дистрофии 3-4-й степени с дефицитом массы тела до 15%, у 27% – артериальной гипертонии, состояния после перенесенных инфекционных заболеваний – брюшного тифа, малярии, гепатита А – у 43%. Фактор наличия у обследованных вышеперечисленных соматических заболеваний на фоне общей астенизации организма значительно усложнял диагностику психического состояния репатрианток, в первую очередь отграничения первично обусловленных соматических состояний от соматоформных расстройств как специфического компонента депрессивных состояний – маскированных депрессий, т.е. дифференциации соматогенной либо соматизированной депрессий.

Структура психических расстройств, выявленных у репатрианток в ходе исследования, позволяет судить о широком спектре расстройств психогенного характера, присущем исследованной категории репатрианток.

У преобладающего большинства репатрианток (62,67%, или 908 чел.) в ходе первичного обследования были диагностированы депрессивные состояния различной глубины и тяжести. В структуре депрессивных состояний первое место по удельному весу занимали

субдепрессивные психогенные состояния (26,77%, или 386 обследованных), второе – пролонгированная депрессивная реакция (18,17%, или 262 репатриантки) и эндогенизированная психогенная депрессия (18,03%, или 260 чел.).

Несмотря на то что обследованные с соматоформными расстройствами выделены нами в отдельную группу, как больные обнаруживающие признаки маскированных депрессивных состояний, они могут рассматриваться в группе депрессивных расстройств. Анализ психического состояния репатрианток в различные периоды перемещения и пребывания в лагере беженцев показал их тесную взаимосвязь с длительностью и характером СПД. Анализ взаимосвязи клинических состояний репатрианток с длительностью СПД позволил выделить особенности, присущие различным периодам миграции. При анализе длительности СПД за основу были взяты критерии, которые оценивались по степени выраженности таких факторов, как значительное нарушение в социальной, профессиональной деятельности, нарушение межличностных связей, связанное с изменениями в социальном статусе личности после возвращения в прежние места проживания, сохранение симптоматики не более шести месяцев после окончания действия стрессора.

Так, в группе обследованных с длительностью СПД до трех месяцев наибольший удельный вес принадлежал репатрианткам с субдепрессивными психогенными состояниями (34,51% общего числа больных данной группы). Второе место занимали репатриантки с симптомами патохарактерологических изменений личности (30,28%). Несколько меньший удельный вес занимали обследованные с невротическими расстройствами (15,49%) и пролонгированными депрессивными реакциями (10,56% общего числа репатрианток данной группы), в то время как в данной группе больные с эндогенизированной депрессией практически не встречались.

Аналогичная картина складывается в группе больных с длительностью СПД до шести месяцев. Здесь, как и в предыдущей группе, первое и второе место по удельному весу достоверно занимают больные с субдепрессивными состояниями и патохарактерологическими изменениями личности (31,49% и 20,44% соответственно). Отличительной особенностью формирования СПД до шести месяцев по сравнению с предыдущей группой является увеличение удельного веса больных с пролонгированной депрессивной реакцией до 19,61%, занимающих в общей структуре патологических состояний данного периода СПД третье место. В то же время невротические расстройства составляют 12,7%, а соматоформные расстройства – 5,25%. Примеча-

тельно, что в отличие от предыдущей группы длительность СПД до шести месяцев была достоверно свойственна уже 10,50% больных депрессией с тенденцией к эндогенизации ($p < 0,05$).

Несколько иная картина складывается в группах больных с длительностью СПД до одного года и свыше после возвращения. Здесь, при сохранении высокого удельного веса субдепрессивных состояний (35,32%), в сроки до одного года наблюдается незначительное увеличение удельного веса больных с эндогенизированной депрессией (11,46%) и невротических расстройств (21,95%). Группа больных с длительностью СПД свыше одного года характеризуется достоверно высоким удельным весом для репатрианток с такими состояниями, как эндогенизация депрессии (34,52%) и пролонгированная депрессивная реакция (27,58%) по сравнению с другими группами. Для остальных больных данной группы характерно снижение удельного веса – 14,88% больных субдепрессивными состояниями, 14,28% – больных с патохарактерологическими изменениями личности, 6,94% больных с невротическими расстройствами и 1,79% – с соматоформными состояниями.

Анализируя удельный вес различных нозологических групп в общей структуре представленных клинических состояний, следует отметить, что эти данные значительно дополняют картину формирования СПД и дают четкое представление о динамике СПД в различных клинических группах. Результаты исследования показали, что практически все клинические состояния, верифицированные в ходе первичного обследования, имели достоверно выявленную взаимосвязь с длительностью СПД ($p < 0,01$) и в значительной мере обуславливали ее.

Так, СПД в группе больных с депрессивными состояниями различной глубины и тяжести является наиболее длительной и составляет период свыше одного года более чем в 60% случаев. Исключение представляют больные с субдепрессивными психогенными состояниями, где период СПД значительно короче и в 38,34 % случаев достигал одного года после репатриации. В группах больных с пролонгированной депрессивной реакцией и эндогенизированной депрессией, составляющей 36,73% всего контингента обследованных, СПД характеризовалась большой длительностью. Так, в группе больных с пролонгированной депрессивной реакцией в 53,05% случаев длительность СПД составляла более одного года, в 27,09% – до шести месяцев и в 14,12% случаев – до одного года. Достоверно малому числу больных с пролонгированной депрессивной реакцией (5,72% общего числа больных с данным вариантом депрессивного состояния) была свойственна СПД длительностью до трех месяцев. Несколько иная картина складывается в группе больных с эндогенизи-

рованной депрессией. Наиболее длительный период СПД в данной группе – свыше одного года – был отмечен у 66,93% (174 больных), у 18,46% (48 больных) этот период составил до одного года, в то время как для 14,61% (38 обследованных) длительность СПД составляла период до шести месяцев. В данной группе больных с длительностью СПД до трех месяцев не наблюдалось.

В группе обследованных, обнаруживавших в ходе исследования черты патохарактерологического изменения личности, взаимосвязь с длительностью СПД была несколько иной. Равное число обследованных испытывало СПД в период до шести месяцев (28,67%), до одного года (26,73%) и свыше одного года (27,90%), а СПД длительностью до трех месяцев достоверно наблюдалась у 16,7% обследованных данной группы ($p < 0,05$).

В контингенте больных с невротическими расстройствами СПД длительностью до одного года отмечалась у 47,18% (92 обследованных), у 23,59% (46 больных) до шести месяцев. СПД длительностью свыше одного года и до трех месяцев была достоверно установлена у небольшого числа обследованных (17,95% и 11,28% соответственно).

Аналогичная картина складывалась в группе больных, обнаруживавших признаки соматоформных расстройств различных типов. Так, СПД длительностью до одного года и до шести месяцев определялась у 49,38% и 23,45% соответственно, а СПД длительностью свыше одного года и до трех месяцев испытывали лишь 11,1% и 16,0% соответственно.

Таким образом, достоверно менее неблагоприятным в плане динамики и соответственно длительности СПД являются субдепрессивные психогенные состояния, патохарактерологические, невротические и соматоформные расстройства, составляющие 63,8% общего числа репатрианток ($p < 0,02$). В то же время наиболее неблагоприятное течение и длительность СПД характерны для групп больных с пролонгированными депрессивными реакциями и эндогенизированными депрессиями, составляющими до 36,73 % в общей структуре обследованных. Достаточно высокий удельный вес неблагоприятных исходов СПД позволяет судить о неблагоприятной картине в целом, так как в динамике указанные состояния трансформировались, переходя из одной клинической группы в другую, что обусловило необходимость более детального рассмотрения указанных клинических состояний и их динамики в ходе обследования и дальнейшего клинического наблюдения.

9.3. Клиническая динамика формирования психических расстройств у беженок

На различных этапах перемещения обследованный контингент репатриантов подвергался различным психотравмирующим воздействиям – психогенным вредностям, характерным для каждого периода СПД. Для более детального рассмотрения специфики формирования СПД нами были проанализированы особенности динамики психических расстройств у репатрианток в период первичного и повторных обследований.

Важное место в общей структуре психических расстройств у обследованных репатрианток занимают депрессивные состояния различной глубины и тяжести. В литературе имеются указания на видоизменение клинической картины депрессивных состояний у лиц, находившихся под длительным воздействием мощной и глубокой психотравмирующей ситуации. Обследованный нами контингент репатрианток явился в этом смысле одним из примеров специфического течения депрессивных состояний, которые хотя и укладываются в общую схему диагностики, но имеют ряд черт, требующих отдельного рассмотрения.

Так, удельный вес депрессивных состояний составлял 62,97%. При разграничении депрессивных состояний больные, которым был верифицирован диагноз «субдепрессивное психогенное состояние», были включены в группу больных с депрессивными расстройствами, что было основано на едином патогенезе депрессивных состояний, а именно: влиянии мощного длительного психотравмирующего фактора, формирующего сходные по клинической картине психогенные психические расстройства.

Разбирая соотношение различных вариантов депрессивных состояний в обследованном контингенте репатрианток, стоит отметить, что первое место по удельному весу занимают субдепрессивные психогенные состояния, составляющие 26,77% общего числа обследованных репатрианток и 42,51% числа обследованных с различными вариантами депрессивных состояний. На втором месте в данной группе – обследованные с пролонгированной депрессивной реакцией – 18,17% и 28,85% соответственно. Несмотря на достоверно небольшой удельный вес обследованных с эндогенизацией психогенной депрессии (18,03% и 28,63% соответственно), именно данная категория обследованных представила особый интерес как в плане специфики формирования депрессии с тенденцией к эндогенизации, так и в плане небла-

гоприятного исхода указанного варианта депрессивного состояния для дальнейшей СПД.

Анализируя динамику формирования депрессивных состояний в период после репатриации, следует отметить, что практически все представленные состояния в процессе адаптации репатрианток в прежний микросоциум трансформировались как в плане видоизменения клинической картины, так и в плане исходов депрессивных состояний.

Наблюдается существенное видоизменение количественных показателей, характеризующих динамику и исходы депрессии. Так, в группе больных с субдепрессивными психогенными состояниями, составившими при первичном обследовании 42,51% в общем числе депрессивных состояний, в ходе катамнестического наблюдения через полтора года отмечалось заметное сокращение больных с такими расстройствами, составившими в этот период 32,71%.

Характеризуя клинические проявления субдепрессивных психогенных расстройств, следует отметить, что наиболее общими проявлениями указанных расстройств явились симптомы, отражающие пережитую психогенную травмирующую ситуацию. Несмотря на сходство субдепрессивных состояний с циклотимией (как разновидностью маниакально-депрессивного психоза), описываемые клинические состояния охарактеризованы как субдепрессивные психогенные состояния с включением соматовегетативного компонента. В пользу данного утверждения говорит тот факт, что практически у всех обследованных за период пребывания в лагере беженцев был отмечен значительный рост соматической патологии, связанный как с недостаточностью питания, так и с его несбалансированностью и неудовлетворительным качеством. Кроме того, высокая частота и распространенность инфекционной патологии в лагерях беженцев также оказали свое усугубляющее воздействие на дальнейшее формирование указанных нарушений у репатрианток. Общая астенизация организма репатрианток, обусловленная соматическими и инфекционными факторами, значительно видоизменила картину депрессивных состояний, придав им менее благоприятное течение и исходы.

Выраженный соматовегетативный компонент в картине депрессивных состояний поставил перед нами задачу отграничения этих состояний от соматических эквивалентов депрессии. В связи с этим у обследованного контингента репатрианток представляла сложность дифференциальная диагностика указанных расстройств и соматоформных состояний, в частности разграничение пусковых патогенетических механизмов депрессивного состояния, соматической и инфек-

ционной патологии как одного из первичных звеньев данного механизма у одних больных и формирование соматизированного варианта депрессии как вторичного процесса. Поэтому есть основания говорить как о первичном, так и вторичном генезе соматического компонента, как обусловленного депрессивным состоянием, так и наоборот.

Данный вариант депрессивных состояний или легкую депрессию можно считать одним из благоприятных исходов расстройств адаптации обследованного контингента репатрианток в силу более раннего возвращения к активному социальному функционированию. В плане динамики и исходов указанных депрессивных состояний аналогичная тенденция складывается и в других группах депрессивных состояний при несколько иных количественных характеристиках. В группе больных с пролонгированной депрессивной реакцией спустя полтора года также наблюдается снижение удельного веса психических расстройств с 28,85 до 23,46%.

Накопленный в психиатрической практике значительный опыт изучения патогенеза, клинической картины и диагностики пролонгированных депрессивных реакций (ПДР) показывает, что патогенез развития ПДР представляется довольно сложным и не является лишь количественным изменением симптоматики. На первый план выступает качественное изменение клинических характеристик, в первую очередь отсутствие резкой очерченности ведущих симптомов и синдромов.

Анализ течения ПДР у обследованного контингента беженцев позволил выявить несколько наиболее часто встречающихся клинических вариантов. Так, тревожно-депрессивный вариант ПДР был выявлен у 47,33% (124 обследованных), второе место по удельному весу занимали больные с клиническими проявлениями депрессивно-ипохондрического варианта ПДР – 26,34% (69 обследованных), третье – депрессивно-обсессивный вариант – 17,94% (47 репатрианток). Остальная часть обследованных репатрианток – 8,39% (22 чел.) обнаруживали симптоматику других вариантов ПДР (меланхолический и депрессивно-анергический варианты).

Наиболее общими для всех обследованных репатрианток данной группы клиническими характеристиками ПДР являлись: малая выразительность, монотонность, стереотипность аффективной симптоматики и в некоторых случаях моторики. Подобная характеристика использовалась во многих более ранних исследованиях, посвященных затяжным эндогенным депрессиям (D.F. Klein, 1974, Н. Heimann 1974.; Н. Helmchen, 1974). Несмотря на психогенный характер затяжных депрессий у обследованного контингента, практически все указанные критерии могут быть применимы и к данным клиническим состояни-

ям. В исследованиях ряда авторов (S. Snyder, 1985; H. Weitbrecht, 1967), изучавших затяжные депрессивные состояния у лиц, перенесших длительные психогенные воздействия, имеются указания на то, что ряд таких симптомов эндогенной депрессии, как витальная тоска, встречается при депрессиях иного генеза. В частности, указывается на возможные проявления витальной тоски при длительно существующих психогенных депрессивных реакциях. Большое значение в общих характеристиках ПДР занимает полиморфизм симптоматики – астенические расстройства, вегетативные нарушения и скрытые, маскированные депрессии.

Помимо общих клинических проявлений, варианты ПДР характеризовались симптомами, позволяющими отграничить указанные состояния и выделить наиболее специфические симптомы, формирующие клиническую картину представленных вариантов. Так, при тревожно-депрессивном варианте ПДР на первый план выступало переживание тревоги на фоне в той или иной степени подавленного настроения и сопровождавшегося такими соматическими симптомами, как чувство волнения и тяжести в груди и эпигастрии. В большинстве случаев тревога занимала доминирующее место в клинической картине, а снижение настроения оценивалось как вторичное нарушение. Такой вариант отмечался у женщин в возрастных группах старше 40 лет, которым в преморбиде были присущи выраженные черты тревожности и мнительности, педантичности, впечатлительности. Преобладающим компонентом указанных расстройств являлись идеи бесперспективности улучшения своего состояния и социальной роли в обществе. Повторное обследование спустя полтора года продемонстрировало наряду с некоторым снижением удельного веса ПДР, ее трансформацию как в сторону благоприятного исхода в виде уменьшения и исчезновения депрессивной симптоматики и активизации социального функционирования, так и ее эндогенизации как неблагоприятного исхода, требующего активной терапии. В группе больных, страдающих депрессивно-ипохондрическим вариантом ПДР, в клинической картине на первый план выступала ипохондрическая симптоматика. На фоне угрюмо-раздражительного или тревожно-тоскливого настроения доминировали переживания ипохондрического содержания с преобладанием телесного «Я». Проявления ипохондрии являлись типичными и укладывались в рамки алгических и сенестопатических расстройств. На первый план выступали не сами жалобы больных, а оценка ими переживаемого и сделанные на этой основе заключения. Выраженность симптоматики варьировала от легких форм (на границе субдепрессивных состояний) до полностью завершенных депрессивных состояний.

Обращала на себя внимание дополнительная симптоматика, характеризующая специфику обследованного нами контингента, а именно сочетание с соматическим компонентом в виде артериальной гипертензии и вегетативных кризов. Анализ преморбидных черт обследованных данной группы не выявил каких-либо принципиальных отличий от таковых у обследованных с описанными выше вариантами депрессивных состояний. Преобладали истерические проявления, усиливающиеся при возникновении дополнительных психотравмирующих воздействий.

В третьей группе, у больных с депрессивно-обсессивной симптоматикой, на первый план в клинической картине выступал сложный симптомокомплекс, в котором на фоне, как правило, не резко сниженного настроения (тоскливо-тревожного) наблюдались фобические и обсессивные проявления. Обращал на себя внимание тот факт, что нередко указанные проявления наслаивались либо маскировали друг друга. Фобический компонент был тесно связан с реальными опасениями за дальнейшую жизнь и сопровождался симптомами нерезкого страха. В основе обсессивного компонента лежали навязчивые мысли и воспоминания, связанные с пережитыми психотравмирующими событиями, т.е. имело место запечатление значимых психотравмирующих ситуаций и их депрессивная окрашенность. У абсолютного большинства обследованных данной группы не отмечалось сколь-нибудь глубоких «истинных» страданий, а их обращения за помощью носили скорее характер привычных жалоб. В работах Т.Я. Хвиливицкого (1972), обращавшего внимание на эти особенности психопатологической картины, имеются указания на то, что при неглубоких депрессиях наличие обсессивного компонента может маскировать структуру депрессивного синдрома, утяжелять его внешние проявления и тем самым приводить к неадекватному выбору терапии, что в свою очередь может затягивать длительность депрессивного состояния. В связи с этим мы склонны рассматривать депрессивно-обсессивный вариант ПДР как состояние, требующее пристального внимания в плане своевременной диагностики и выбора соответствующего подхода к целенаправленной терапии.

Переходя к анализу динамики клинического состояния обследованных с признаками эндогенизации депрессии, следует отметить, что в отличие от динамики затяжных психогенных депрессий здесь складывается несколько иная картина. Так, отмечался рост удельного веса больных с эндогенизацией психогенной депрессии в ходе повторного наблюдения. Если в процессе первичного обследования указанное состояние было верифицировано в 28,63% случаев у 260 больных, то

спустя полтора года удельный вес больных данной группы составил 30,62%, или на 1,99% больше первоначального. Рост числа больных с эндогенизацией психогенной депрессии объясняется незавершенным процессом клинического оформления пролонгированной депрессивной реакции у 18 больных данной группы и эндогенизацией их состояния, т.е. усугублением процесса и неблагоприятного исхода депрессии.

Эндогенизация депрессивной симптоматики клинически характеризовалась отсутствием четкой взаимосвязи с пережитыми событиями, преобладанием витальной тоски, особенно в вечернее и ночное время, угрюмо-мрачного фона настроения и резко выраженным вегетативным компонентом, формирующим соответствующие жалобы больных. Н. Weitbrecht (1967) отмечает, что после Второй мировой войны клинические формы эндогенных заболеваний оказались сравнительно стабильными и устойчивыми в отношении внешних ситуационных факторов. Автор отмечает, что хотя наличие в клинической картине такого симптома, как витальная тоска, почти не отличает его от эндогенных депрессий, в то же время по своему генезу данное состояние не имеет никакого отношения к маниакально-депрессивному психозу.

Таким образом, клинико-катамнестический анализ течения и исходов депрессивных состояний позволяет сформулировать положение о сравнительно благоприятном характере и исходах лишь в группе больных с субдепрессивными психогенными состояниями, где наглядно отмечается благоприятный исход у 89 обследованных в 9,8% в течение полутора лет после начала наблюдения. У этих обследованных процесс СПД завершился фазой активного функционирования и начала решения проблем. В группах больных с затяжными депрессивными состояниями и эндогенизацией депрессии исходы во многом были определены незавершенностью клинического оформления и эндогенизацией пролонгированной депрессивной реакции у части больных, обусловивших неблагоприятный исход. Вместе с тем незначительный удельный вес благоприятных исходов у больных с пролонгированной депрессивной реакцией (3,4%, или 31 больная) может характеризовать ПДР как относительно благоприятный исход СПД.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что общее число больных с благоприятными исходами и переходом к фазе активного социального функционирования спустя полтора года после первичного обследования и спустя 3-4 года после возвращения в места прежнего проживания составило 120 женщин (13,21 %), что позволяет характеризовать группу депрессивных расстройств различной глубины и тяжести как относительно благоприятную в плане исходов. Прогнози-

руя дальнейшее развитие клинических состояний, можно предположить, что при эндогенизации небольшой части пролонгированных депрессивных состояний преобладающее большинство больных с субдепрессивными и пролонгированными депрессивными состояниями могут в течение последующих лет иметь благоприятные исходы при проведении этим больным медико-социальных реабилитационных мероприятий.

Соматоформные расстройства как вариант депрессивных состояний были диагностированы у 5,62% (81 репатриантка). Несмотря на сравнительно небольшой удельный вес указанных расстройств в общей структуре клинических состояний, наблюдаемых у беженцев, детальное рассмотрение обследованных данной группы позволяет выделить ряд специфических особенностей формирования депрессий, присутствующих репатриированным женщинам-беженкам. Так, изучение особенностей соматических проявлений психогенных депрессий у репатрианток показало наличие таких общих признаков, как лабильность симптоматики, многообразие клинических проявлений и соматических эквивалентов депрессивных состояний. Последние маскировали ведущий депрессивный аффект и выходили на передний план в клинической картине указанных расстройств.

Интересен тот факт, что преобладание соматических эквивалентов в картине депрессии обуславливало малую выразительность и бледность типичных симптомов депрессии и имитировало широкий спектр органических и функциональных нарушений. Среди наиболее частых симптомов обращали на себя внимание расстройства сна, заключающиеся в нарушении засыпания, прерывности сна и раннем пробуждении. Наличие бессонницы, снижение аппетита, дефицит массы тела, внутреннее беспокойство, ощущение несвежести и тупой тяжести в теле при отсутствии каких-либо выраженных органических патологических состояний позволяло верифицировать диагноз соматизированной (маскированной) депрессии.

Следует отметить, что практически у всех обследованных данной группы в период перемещения и пребывания в лагере беженцев отмечались расстройства менструального цикла вплоть до аменореи. В работах Ю.В. Каннабиха (1914), В.Ф. Десятникова (1987) содержатся данные о снижении либидо у женщин, перенесших психотравмирующие ситуации, которым впоследствии был верифицирован диагноз «маскированная депрессия». В обследованном нами контингенте жалоб на снижение либидо не отмечалось, что связано с этнокультурными установками на запрет открытого обсуждения и огласки интимных отношений. Кроме того, традиционная роль женщин в таджикском

обществе, особенно во взаимоотношениях с мужчинами, ведет к потере значимости фактора сексуального влечения в семейной жизни. Другим фактором, обуславливающим отсутствие данного симптома, является преобладающее большинство вдов в обследованном контингенте репатрианток. Здесь социальная установка на запрет к вступлению в брак имела решающее значение в проявлении каких-либо форм сексуального влечения.

Среди соматических эквивалентов депрессии у репатрианток ведущее место занимал алгическо-сенестопатический (38 обследованных), который характеризовался жалобами на мучительный, неприятный характер болей с различной, часто меняющейся локализацией в процессе развития депрессивного состояния. Характерным являлось отсутствие эффекта от применения анальгезирующих средств. Компонентом таких состояний было ощущение «кома в горле», спазмов и чувства жжения в различных частях тела. Цефалгический вариант (17 обследованных) характеризовался упорными продолжительными болями мигрирующего характера, возникающими беспричинно, иногда в предменструальный период. Наряду с головной болью имели место жалобы на тягостные ощущения, потерю равновесия, слабость в ногах, а также жалобы, с трудом поддающиеся описанию: «что-то кружится в голове», «темнота перед глазами» и т.д. Незначительное место занимали эквиваленты в виде кардиалгического синдрома (16 обследованных), характеризовавшиеся жалобами на тягостные ощущения в области сердца сжимающего, ноющего характера. Появление болей не было связано с физическими нагрузками и возникало, как правило, после эмоциональных напряжений. Также имело место чувство нехватки воздуха, усиленное сердцебиение. Обращение к врачам не обнаруживало наличия каких-либо нарушений сердечных функций, а применение анальгезирующих препаратов хотя и уменьшало интенсивность болей, но полностью их не устранило.

Хотя в ряде научных исследований отмечается, что соматизированная депрессия как вариант скрытой депрессии является связующим звеном между эндогенной депрессией и психосоматическим заболеванием, тем не менее в обследованном нами контингенте лиц была прослежена четкая взаимосвязь между психотравмирующей ситуацией вооруженного конфликта, последующего перемещения, пребывания в лагере беженцев и формированием маскированных депрессивных состояний.

Приведенное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует особенности формирования тревожно-депрессивного варианта ПДР у женщин-беженек.

Клиническое наблюдение 2. Обследованная Ш., 1969 г. рождения, таджичка, уроженка Шахритузского района Хатлонской области РТ. Обратилась к психиатру ЦРБ Шахритузского района в мае 2000 г. с жалобами на тревожность, страхи, резко пониженное настроение, отсутствие работоспособности, нарушение сна, общее утомление организма.

Анамнестические сведения. Родилась в семье колхозника. Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Всего в семье семеро детей, родилась четвертым ребенком. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. С детства была общительной, знакомства со сверстниками заводила легко, среди них претендовала на лидерство. Семейные неприятности и любые конфликты переживала тяжело, становилась в такие моменты мрачной, угрюмой, замыкалась в себе. В школу пошла в семь лет. Учеба в школе давалась легко, все предметы изучала на «хорошо» и «отлично», но предпочтения ничему не отдавала, имела разнообразные интересы – увлекалась, шитьем, любила петь. В старшем школьном возрасте сложные отношения складывались с учителями и одноклассниками. Будучи сдержанной в обычной обстановке, при возникновении конфликтных ситуаций не выносила повелительного тона, в ответ на замечания была нетактична, груба. Редко признавала свои ошибки. В подростковом возрасте конфликты стали более частыми. Окончив среднюю школу в 1986 г., поступила в медицинское училище на сестринское отделение и после его окончания в 1988 г. стала работать в ЦРБ медсестрой. В 1987 г. вышла замуж за соседа по селу из того же района. Решение о замужестве принималось родителями с согласия обследованной. В 1989 г. родила дочь. В 1990 г. мать обследованной переехала к старшей дочери в г. Курган-Тюбе, отец и два брата обследованной продолжали жить в районе. Обследованная часто навещала мать, но продолжала жить в своем районе, так как это было решением мужа. В браке лидирующую роль занимал муж, хотя иногда и были конфликтные ситуации, чаще всего они разрешались путем обоюдных компромиссов.

В июле 1992 г. в области начались боевые действия. Какой-либо достоверной информации о происходящем как у обследованной, так и у большинства населения не было. Все новости получали лишь от тех, кто возвращался из окрестных районов. Начало зарождаться чувство тревоги за дальнейшую жизнь. Переживая за судьбу родителей, обследованная в сентябре 1992 г. вместе с братом поехала навесить мать в г. Курган-Тюбе. Побыв несколько дней, по совету матери решила оставить четырехлетнюю дочь у матери, чтобы не подвергать опасности в дороге. Вернувшись в район, обнаружила, что мужа нет дома. Со слов соседней, он и несколько сельчан уехали в Душанбе. С тех пор мужа не видела и ничего не знает о его местонахождении. В конце сентября 1992 г. ситуация в окрестных районах усугубилась, что было связано прежде всего со слухами о приближающихся боевых действиях. Она, как и другие односельчане, знали что, боевые действия идут между двумя регионально-этническими группами, которые очень жестоко обходятся с представителями противоборствующих сторон. Работая в ЦРБ, была свидетельницей того, как участились поступления гражданских лиц с огнестрельными ранениями, которые лишь в тяжелом состоянии были вынуждены оставаться в больнице. При

малейшей возможности эти больные пытались скрыться, так как существовали реальные опасения преследования со стороны противников. Иногда в больницу врывались вооруженные незнакомые люди, которые искали кого-то из больных. Такая ситуация продолжалась до октября 1992 г. В середине октября, когда ситуация ухудшилась и боевые действия приблизились вплотную к границе района, стали распространяться слухи о том, что в случае вторжения боевиков в район, они не пожалеют никого. Ежедневно мужчины собирались в мечетях и обсуждали, что делать дальше. Местная администрация и силовые структуры района бездействовали, и со слов обследованной, «народ сам должен был решать свою судьбу». Однажды вечером отец, придя с очередного схода лидеров кишлака, сказал, что решено уходить к границе, так как «сейчас мы беззащитны» и может быть «нас защитят российские пограничники». Обследованная сказала отцу, что нужно съездить за ребенком и что не может оставить дочку одну. Однако по словам отца все дороги были заблокированы и не было возможности выезда из района. Это потрясло обследованную, и, проведя бессонную ночь, она наутро со всеми сельчанами, наскоро собрав пожитки и погрузив их на трактора и хлопковые тележки, оставив дом, скот, хозяйство, двинулась в сторону границы. Все мужчины были хмуры и неразговорчивы, женщинам было строго указано присматривать за детьми, не паниковать, так как это, по их словам, было временной мерой и скоро все вернутся в свои дома.

Весь период пребывания на границе обследованная помнит хорошо, особенно значимые события оставили яркий след и всплывали в памяти неоднократно впоследствии. Спустя трое суток вынужденного нахождения на границе без какого-либо укрытия, под открытым небом, мужчинами было принято решение переходить границу ночью с помощью подручных средств. Переход, продолжавшийся несколько часов, был трудным, невыносимым, и обследованной казалось, что все это происходит не с ней, а в каком-то страшном сне. В тот период и после, вплоть до размещения в лагере, о дочери и родных, оставшихся в Таджикистане, не вспоминала, все мысли были заняты тем, как приютиться и жить дальше в этой ситуации.

Практически весь период организации лагеря и обустройства скудного быта обследованная каких-либо признаков ухудшения своего психического состояния не отмечала. Такие симптомы, как раздражительность, бессонница, утомляемость, стали появляться несколько позже, спустя 2-3 недели пребывания в лагере, однако обследованная относила их к чертам своего характера и естественной усталости после пережитых ею событий.

С первых дней пребывания в лагере обследованная вместе с другими ее односельчанами, имевшими различные профессиональные навыки, стала оказывать необходимую медицинскую помощь нуждающимся. Лекарств не было, и приходилось обходиться травами и подручным перевязочным материалом. Через некоторое время, когда гуманитарные организации развернули свою работу в лагере, пошла работать в организованный медицинский пункт, где продолжала заниматься оказанием медицинской помощи. Со слов обследованной, несколько упорядочилась жизнь в лагере, и с тех пор все чаще стали появляться мысли о матери, дочери, сестрах, сопровождавшиеся ощущением

тревоги, пониженным настроением, отсутствием аппетита, присоединились симптомы соматического характера: головная и загрудинная боль, диарея. Обследованная старалась загружать себя работой, так как только занимаясь чем-либо могла отвлечься от собственных мыслей о родине и близких. Отсутствие какой-либо информации о происходящем на родине усиливало ощущение тревоги. Не меньшую долю тревоги испытывала за судьбу мужа. Мужчины из их села, находившиеся с ними в лагере, предполагали, что ее муж воюет в рядах «боевиков» и возможно появится в лагере. Однако она не верила, что это – правда и переживала, жив ли он. Почти через год пребывания в лагере временами обследованная впадала в состояние подавленности, угнетенности, такие состояния продолжались до суток. Соседки старались отвлечь ее, и она снова продолжала заниматься больными в медпункте. В период эпидемии малярии и брюшного тифа в лагере работы было очень много: приходилось обходить палатки и распределять медикаменты, поэтому вновь отвлекалась и не появлялись тревожные мысли. Тревожный компонент усиливался после летальных случаев брюшного тифа, преимущественно среди детей, скорбела по умершим детям наравне с их матерями и думала о своей дочери, оставшейся на родине. Лишь по ночам, вначале изредка, а затем все чаще и чаще появлялась бессонница, кошмарные сновидения с тематикой опасности в отношении родственников, оставшихся в Таджикистане, особенно дочери. Все это время отец, как мог, утешал ее, но с ним виделась редко, так как он все время подрабатывал шофером в афганских кишлаках. С некоторых пор обследованная стала отмечать, что подавленное настроение и тревога приобрели постоянный характер и стали частью ее жизни. На это она уже не обращала внимания, считая, что после пережитого сильно изменился ее характер. Жизнь в лагере протекала монотонно и однообразно. Никто не знал текущего числа, дня недели, да это было и не очень необходимо в среде лагеря. Питание в основном состояло из лепешек и чая или кипятка. Горячей пищей служила мучная похлебка, а рацион иногда разнообразили за счет бобовых, молока и зелени, привозимых отцом после заработков. Иногда в лагерь приходили вооруженные боевики-таджики и после их ухода по лагерю распространялись слухи, что все, кто остался в их кишлаках, в Таджикистане стали жертвами «новой власти», поэтому единственным, безопасным местом для беженцев являются лагеря и не нужно стремиться к возвращению домой.

Через год пребывания в лагере начались радиопередачи из Таджикистана, направленные на поиск потерявшихся родственников, воссоединение семей. В это же время Международный Красный Крест организовал пересылку писем, что стало единственной возможностью для информации о судьбе матери и дочери обследованной. Ожидание ответа было противоречивым, так как обследованная, с одной стороны, надеялась получить радостные вести, с другой – боялась, что эти вести будут скорбными, если с ними случилось несчастье. Весь период до получения первого письма сопровождался тревогой и бессонницей. Сновидения носили устрашающий характер и формировали резко подавленное настроение обследованной. Спустя три месяца от родственников было получено первое письмо, в котором говорилось, что с близкими все нормально и они все ждут возвращения домой. Реакция обследованной на эту

весть была неадекватной: начался истерический плач, сопровождавшийся возбуждением, обследованная причитала, что «мы здесь на чужбине мучаемся и не возвращаемся домой, а наши родные здоровы и ждут нас». После первой реакции обследованная успокоилась, и, с ее слов, с тех пор все ее мысли были заняты подготовкой к возвращению домой. Она одной из первых изъявила желание вернуться, и была репатрирована в Таджикистан в 1995 г., спустя 2,5 года пребывания в лагере беженцев.

Первое время после возвращения в родное село испытывала чувство радости и приподнятости настроения, так как, наконец, вернулась на Родину. Несмотря на разрушенный дом и разграбленное хозяйство, семья обследованной с помощью соседей и при поддержке местной администрации и международных организаций стала восстанавливать хозяйство. Через несколько месяцев после возвращения стала вновь отмечать беспричинное снижение настроения вплоть до подавленного угнетенного состояния, бессонницу, тревожность. Поначалу эти жалобы связывала с проблемами восстановления и трудностями жизни после репатриации, однако проследить точную связь между имеющимися проблемами и психическим состоянием не могла. Вскоре родственники также стали обращать внимание на ее поведение и жалобы и посоветовали обратить внимание на свое здоровье. Старшие говорили, что «сильно испугалась за прошедшие годы и нужно, чтобы мулла полечил ее». Несколько раз исполняла религиозные обряды по настояниям муллы, отвлекалась, находила временное облегчение. Однако подобное состояние закрепилось и выражалось в постоянном чувстве немотивированной тревоги, волнения, потери аппетита, бессонницы. Присоединился соматический компонент в виде загрудинных болей, сердцебиения, диспепсических явлений. Ночами не могла заснуть, и при коротком поверхностном сне появлялись сновидения с тематикой пережитых событий и ее пребывания в лагере беженцев. В 1998 г. обращалась в сельскую врачебную амбулаторию по поводу соматических расстройств, однако в связи с отсутствием каких-либо нарушений со стороны органов и систем был выставлен диагноз «авитаминоз 2-3-й степени» и рекомендована терапия, направленная на повышение общего состояния организма. В 2000 г. в ходе проведения подворных обходов в связи с жалобами на неудовлетворительное психическое состояние было рекомендовано обратиться в кабинет психиатра ЦРБ для дальнейшего наблюдения и лечения.

Психическое состояние. Сознание ясное, положение активное, настроение снижено, предъявляет жалобы на тревогу – «в груди кипит, никак не могу найти себе места», хотя двигательльно это никак не проявляется. Последнее время живет в ожидании какого-то несчастья, боится повторения пережитого. Заявляет, что все становится безразлично, нет желания ни к чему. При разговоре голос тихий, почти без интонации, на вопросы отвечает односложно и лишь временами срывается на эмоции когда говорит либо о дочери, либо о мучениях, испытанных в лагере беженцев. В то же время испытывает определенное чувство вины перед родными и близкими, «что они терпят ее капризы и настроение». Жалуетса на снижение аппетита и затрудненное засыпание, частые ночные пробуждения после видений пережитых событий, по утрам чувство усталости и разбитости. При описании жалоб использует одни и те же

стереотипные фразы. Практически все проявления носят монотонный однообразный характер. Внешнее выражение тревоги практически утрачено, симптомы приглушены и менее выразительны.

Назначено амбулаторное лечение неуплептилом (суточная доза – 50 мг) в сочетании с тизерцином (25 мг на ночь). В результате проведенной терапии уже на 6-7-е сутки стала появляться положительная динамика. Появились улучшения настроения по вечерам, уменьшилась тревога, стала активно общаться с родными и соседями.

Спустя несколько недель после начала лечения самостоятельно прекратила лечение, «так как почувствовала улучшение состояния», однако дальнейшей положительной динамики не наблюдалось, а через некоторое время отметились ее усиление в связи с активными воспоминаниями пережитых событий после обряда поминания умерших в период вооруженного конфликта. Терапия была возобновлена, и спустя две недели стала отмечаться положительная динамика. Тоска и тревога после окончания курса лечения уже не тяготили обследованную. Настроение в течение дня колебалось, в утренние часы чувствовала себя здоровой, появлялось желание работать, затем ко второй половине дня отмечалась небольшая подавленность.

Катамнез через 1,5 года. Обследованная в несколько приподнятом настроении, повышенный фон настроения обусловлен преимущественно успехами в решении социально-бытовых проблем. С помощью местной администрации и при поддержке международных организаций отремонтирован дом, частично восстановлено домашнее хозяйство, получен скот и небольшой участок земли для обрабатывания. Со слов обследованной и родственников значительно улучшились условия жизни, и появилось желание к полноценной жизни. Особых жалоб на плохое настроение и тревогу не предъявляет. В период после последних визитов к психиатру прошла еще два курса лечения amitriptилином (300 мг в сутки), динамика положительная. Жалобы на пониженный аппетит и несколько сниженный фон настроения по вечерам сохранены. Чувство полноценного сна почти восстановилось, однако нет бодрости по утрам, и временами воспоминания о пережитом вновь всплывают в памяти. Много времени уделяет профессиональной деятельности в ЦРБ, работает по дому и воспитывает дочь, считая ее основным смыслом жизни. Соматические жалобы несколько трансформировались: вместо диспепсических явлений и за грудиной боли стала отмечать беспричинную головную боль при сниженном настроении.

Рекомендовано: продолжать курс лечения – amitriptилин 300 мг в сутки, тизерцин – 12,5 мг на ночь, витаминотерапия и активное вовлечение в трудовую деятельность.

Обсуждение. Как видно из представленного наблюдения, ведущим пусковым механизмом в формировании СПД у обследованной репатриантки стал комплекс психотравмирующих воздействий, связанных с ситуацией вооруженного конфликта и последующего перемещения в Афганистан и длительного пребывания в лагере беженцев. Анализируя психогенные вредности, оказывавшие на обследованную воздействие, следует подчеркнуть, что большое значение в формировании СПД имеют как общие для всех психотравмирую-

щие ситуации, связанные с близостью боевых действий и длительным пребыванием в чужеродной среде: лагере беженцев в стране с опасной общественно-политической обстановкой, так и события лично значимые для обследованной в связи с пережитой ситуацией: муж, пропавший без вести, тревога и глубокие переживания за судьбу родных и в первую очередь дочери, оставленной с матерью.

Детальный анализ клинического состояния обследованной позволил выделить ряд особенностей, характерных для больных с ПДР в результате многократных психотравмирующих воздействий. В отличие от депрессивных состояний, протекающих в рамках эндогенных психозов и характеризующихся отсутствием прямой отчетливой связи между депрессивным состоянием и психогенной травмирующей ситуацией, в данном наблюдении прослеживается такая прямая связь. Ряд авторов (Р.Я. Вовин, И.О. Аксенова, 1982) склонны расценивать взаимосвязь затяжного течения депрессивных состояний с высокой степенью резистентности к терапии. У обследованной четко прослеживается симптоматика ПТСР, проявляющегося в возникающей временами тревоге, актуализации прежних переживаний, связанных с перенесенным стрессом, с последующей трансформацией в указанное состояние. Однако в обследованном контингенте репатриантов ряд положений, характерных для затяжных депрессивных состояний, описанных авторами ранее, не нашли своего отражения, что еще раз подчеркивает специфичность обследованного контингента и психогенно травмирующих ситуаций у них.

Так, депрессивные состояния у женщин-беженцев формировались под влиянием ряда последовательно возникающих психотравмирующих ситуаций. Как следствие, это находило отражение в клинической картине ПДР, заключающейся в «наложении» новых симптомов на уже имеющуюся симптоматику ПТСР. Кроме того, как это наглядно продемонстрировано в наблюдении, имел место протрагированный характер указанных нарушений. Так, при мощном воздействии психогенного фактора вооруженного конфликта и вынужденного перемещения имела место мобилизация внутренних резервов организма, характерная для острого периода ПТСР. Несмотря на воздействие мощного по глубине и силе психогенного фактора, обследованная сохраняла способность к адекватной оценке происходящего, а симптомы депрессии находили свое проявление лишь во второй подострой фазе или фазе «прозрения». Нарастание депрессивной симптоматики находилось в прямой взаимосвязи с психогенно травмирующими факторами в лагере беженцев (отсутствие информации о судьбе близких, тревога за них, смерть детей в присутствии обследованной, ложные слухи о якобы имевших место расправах с мирным населением на родине). В то же время налаживание контактов с родными посредством переписки, радиосообщений о ситуации в Таджикистане, возможность возвращения домой положительно воздействовали на динамику указанных состояний и несколько стирали их проявления.

Следующий этап развития ПДР был связан с возвращением на родину. Наряду с формированием ряда положительных факторов, связанных с репатриацией и воссоединением семьи, имело место сохранение чувства тревоги, прямо не связываемого обследованной с пережитой ранее ситуацией, а форми-

ровавшееся под влиянием новых психогенных воздействий – разрушенного дома, необходимости восстановления хозяйства, неуверенности в безопасности и поддержке со стороны правительственных органов. Отсутствие доступа к психиатрической помощи в лагере беженцев, позднее обращение к психиатру после возвращения вследствие существующих этнокультурных установок об огласке лечения у психиатра также повлияли на развитие и усугубление состояния. Как следствие – значительное удлинение периода СПД в местах постоянного проживания усложняло процесс восстановления активного социального функционирования в прежнем микросоциальном окружении.

Таким образом, клинические состояния в виде ПДР, наблюдаемые у репатрианток, имеют ряд особенностей, обусловленных формированием ПТСР в ранних фазах под влиянием многократных психогенных воздействий, формирующих клинику указанных состояний. Это диктует необходимость дифференцированного подхода к диагностике, терапии и медико-социальной реабилитации женского контингента репатриантов с целью сокращения периода СПД.

Другой группой обследованных, представляющей особый интерес в плане клинического течения и исходов, являются обследованные с выраженными симптомами хронического изменения личности после переживания катастрофы. Удельный вес обследованного контингента репатрианток составлял 17,89% общего числа обследованных (258 репатрианток). Следует отметить, что данная группа репатрианток характеризовалась возрастом до 20 лет, а на момент возникновения психотравмирующей ситуации вооруженного конфликта, вынужденного перемещения и многолетнего пребывания в лагере беженцев – не старше 12 лет, т.е. препубертатным и пубертатным периодами развития, что явилось предопределяющим фактором в формировании патологических расстройств у данной группы репатрианток.

В основу диагностики хронического изменения личности после переживания катастрофы были взяты: прямая взаимосвязь формирования патологических личностных черт с психогенной травмирующей ситуацией вооруженного конфликта и последующего перемещения и пребывания в лагере беженцев, хронологическая связь указанных психогенных факторов с препубертатным и пубертатным периодами развития, отсутствие данных о патологии поведения до психогенного воздействия. Обследованный нами контингент репатрианток, обнаруживавших черты хронического изменения личности после переживания катастрофы, характеризовался рядом особенностей, отличающих их от описываемых в литературе.

Ряд авторов (Г.Е. Сухарева, 1959, В.В. Королев, 1979) склонны трактовать патохарактерологическое развитие личности, или так называемую краевую психопатию, как результат преимущественно небла-

гоприятных условий воспитания и представляют ее как искаженное формирование самосознания, самоотношения, отношения к другим людям, социальным нормам и ценностям. Однако, как показали наши исследования, хроническое изменение личности в контингенте репатрианток формировалось под влиянием мощного психотравмирующего воздействия. Пребывание в лагере беженцев и связанный с этим комплекс длительных психотравмирующих воздействий в период полового созревания во многом обусловили формирование патологического развития. Немаловажное значение в формировании патологии личности сыграли гендерно-ролевые особенности репатрианток, а именно – полная незащищенность в лагере беженцев, страх насилия, которые формировали у молодых девушек-подростков крайне негативную переработку указанной психотравмирующей ситуации.

Немаловажное значение в формировании хронического изменения личности имела психологическая атмосфера в ближайшем окружении. Так, субъективное отношение к переживаемой психотравмирующей ситуации, ее вербальная и семантическая переработка взрослыми членами семьи, родителями наряду с недопониманием причин сложившейся ситуации подростком создавали патологическую почву для формирования патологического развития личности. Сходные состояния описаны у детей-узников концентрационных лагерей периода Второй мировой войны, получившие свое развитие спустя несколько лет после возвращения в мирную среду. Поэтому необходимость детального рассмотрения данной группы расстройств обусловлена в первую очередь спецификой генеза, клинической картины и динамики формирования патологических расстройств личности и их влиянием на исходы СПД.

Обследованные характеризовались в различной степени выраженными расстройствами личности. В связи с ретроспективным характером диагностики указанных состояний нами не проводилось детального анализа данных расстройств, а клиническое течение и формирование патохарактерологических расстройств рассматривалось в контексте влияния социально значимого окружения на оформление патологии личности. Одной из наиболее выраженных особенностей формирования хронического изменения личности в подростковом возрасте является разнообразие реагирования несформировавшейся личности на длительное и глубокое психотравмирующее воздействие, что обуславливает полиморфность клинических проявлений хронического изменения личности.

Так, у абсолютного большинства (213 чел., или 82,56% обследованных) в период после возвращения отмечались симптомы депрессии.

Однако подростки редко предъявляли жалобы на плохое настроение. Диагностика депрессивных проявлений осуществлялась лишь по комплексу косвенных признаков. Такие симптомы расстройства сна, как бессонница, поверхностный сон с кошмарными сновидениями, повышенная сонливость, отражали в более старшем возрасте тематику пережитой психотравмирующей ситуации. В 29 случаях (11,24%) обращали на себя внимание расстройства аппетита (невротическая анорексия), отсутствие интереса к коллективным играм, аутизм, отсутствие интереса к самообразованию и увлечениям.

Немаловажное место в структуре патохарактерологического развития занимали асоциальные проявления у 75 человек (29,07%), характеризовавшиеся неожиданными расстройствами поведения – конфликтностью с родителями и близкими, повышенной обидчивостью, негативизмом, раздражительностью, нетерпимостью к мнению старших на фоне перечисленных депрессивных проявлений. Основная картина указанных нарушений находила свое отражение в специфических жалобах родителей или близких на сложные отношения с подростком: бескомпромиссность, отрицание всех сложившихся в микросреде традиций и взаимоотношений, эгоистичность.

Характеризуя типы переработки конфликтных ситуаций, следует отметить, что преобладающему большинству обследованных девушек была свойственна экстравертированность личности с истерическим и возбудимыми типами поведения. При незначительном поводе репатриантки были склонны к развитию конфликтной ситуации с выраженными внешними эффектами: психомоторным возбуждением, плачем, заламыванием рук, театральными позами.

Практически у всех обследованных подростков отмечался страх повторения пережитых психотравмирующих событий и формировался синдром ожидания стресса. Несмотря на то что семантическая переработка психотравмирующей ситуации осуществлялась лишь на основе отраженной информации (присутствие при разговорах родственников, общение со сверстниками), тем не менее в сознании обследованных яркое запечатление нашли образы опасности, лишённые прямого смыслового содержания и ассоциировавшиеся со сходными ситуациями. Так, гул пролетающего самолета вызывал панический страх и желание «спрятаться куда-нибудь» от возможного обстрела из тяжелых орудий, а при виде вооруженных сотрудников правоохранительных органов в камуфлированной униформе появлялся страх и попытки избежать встреч с ними. Преобладало ожидание тревоги и боязнь повторения ситуации. В зависимости от длительности пребывания в лагере беженцев и возраста в период пребывания более или менее была выражена

переработка нынешней ситуации после возвращения. Так, при длительном пребывании в лагере от 2 до 5 лет отмечалась пессимистическая реакция, изменения мироощущения, проявлявшиеся в оценках, суждениях, представлениях, немотивированной агрессии либо «уходе в себя».

В обследованном контингенте преобладали два основных типа патохарактерологических изменений личности. Первый вариант был характерен для личностей возбудимого типа. Этот вариант поведения характеризовался отсутствием черт компромисности, апелляционностью к окружающим, что подтверждалось экстравертированной переработкой психотравмирующей ситуации. Второй вариант был характерен для расстройств личности истерического типа. Здесь следует отметить патогенную роль патохарактерологических особенностей, определяющих структуру данной формы расстройств личности. В данном случае на первый план выступало стремление личности любым путём привлечь к себе внимание. Такие особенности, как «жажда признания», склонность к фантазированию и выдумкам, отмечались еще во время пребывания в лагере в пубертатном периоде. На этапе формирования психопатии к вышеописанным чертам присоединялись такие патохарактерологические особенности, как эгоцентризм, склонность к легкомысленным поступкам. В период первичного и повторного обследований обращали на себя внимание особенности внешнего вида репатрианток данной группы, проявляющиеся в вычурности предметов одежды, в экстравагантности прически, яркости косметики. Формирование эмоционального фона у истерических личностей – их бурность во внешних проявлениях и в то же время поверхностность и неустойчивость выражения их эмоций, сопровождающееся специфической мимикой и пантомимикой – заламыванием рук, громкими рыданиями и другими театральными формами, обнаруживает тесную связь с этнокультурными особенностями психического реагирования женщин-таджичек на стрессовые ситуации с богатыми внешними эмоциональными проявлениями в виде плача с причитаниями, вырыванием волос на голове и т.п.

Характеризуя механизм формирования СПД у лиц с расстройствами личности истерического типа, следует подчеркнуть, что в основе его лежит попытка воздействия обследованных на неблагоприятную обстановку приемлемыми для них способами. Обращает на себя внимание экстравертированная переработка психической травмы и постепенное формирование адаптационных механизмов, сопровождающихся попытками апеллирования к социально значимому окружению. Для психопатических личностей истерического типа большое

значение имели конфликтные ситуации личного, семейного характера, содержащие как препятствия для осуществления намеченных целей, так и претензии на исключительную роль в их микросоциуме.

Анализ взаимосвязи прогноза хронического изменения личности и обращения за психиатрической помощью показал, что в зависимости от интервала между возвращением и обращением с жалобами наблюдается корреляция, характеризующая исходы указанных состояний. Среди репатрианток, обратившихся за психиатрической помощью в первые шесть месяцев после репатриации, удельный вес благоприятных исходов вследствие лечебно-коррекционной помощи достаточно высок и составляет 60,87% общего числа обратившихся за помощью в данный период, в то время как патохарактерологические изменения личности, выявленные спустя год после возвращения, демонстрируют значительное снижение удельного веса благоприятных исходов по сравнению с предыдущей группой – 34,18%. Обращение за помощью в период после одного года определяет абсолютно неблагоприятный исход патологического развития личности для 84,21% случаев, и лишь в 15,79% выявляется благоприятный исход. Таким образом, ранняя диагностика и проведение комплексных лечебно-коррекционных мероприятий позволяет значительно сократить удельный вес неблагоприятных исходов в виде хронических изменений личности.

В целом в представленном контингенте репатрианток отмечалось преобладание неблагоприятных исходов (70,54 %), т.е. формирование стойких необратимых изменений личности. Благоприятные исходы или полное, либо частичное восстановление поведения было характерно преимущественно для репатрианток, чье пребывание в лагере беженцев было относительно непродолжительным и составляло период до двух лет.

В плане первичной диагностики и прогнозирования исходов указанных состояний, а также их отграничения от невротозов мы основывались на таких дифференциально-диагностических признаках, как отсутствие принципиально новой продуктивной или негативной симптоматики при декомпенсациях психопатий и пристального отслеживания и анализа психопатологической симптоматики. В обследованном контингенте репатрианток с хроническим изменением личности в процессе повторного наблюдения спустя полтора года с момента первичной консультации наряду со стойкой декомпенсацией психопатии не отмечалось каких-либо изменений симптоматики.

Одно из важных мест в структуре психических нарушений обследованного контингента репатриированных беженек занимали невротические и связанные со стрессом расстройства, составляющие

13,52% (195 чел. общего числа обследованных). Данная группа расстройств, так же как и другие расстройства, сформировалась в ответ на воздействие массивных психотравмирующих факторов, характерных для различных этапов перемещения: пребывания в лагерях беженцев и после возвращения в места своего постоянного проживания.

Характеризуя клинические проявления невротических расстройств у обследованного контингента репатрианток, следует отметить, что они, хотя и укладывались в рамки традиционных представлений о неврозах, тем не менее имели ряд особенностей, связанных с перенесенной длительной и глубокой психотравмирующей ситуацией вооруженного конфликта, вынужденным перемещением и последующим длительным пребыванием в лагере беженцев с формированием симптоматики ПТСР.

Хотя в наиболее часто используемых классификациях неврозов выделяются лишь три основные формы неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний и истерия, поскольку в них входит вся встречающаяся невротическая симптоматика (Б.Д. Карвасарский, 1980, Г.К. Ушаков, 1987, А.Б. Смулевич, 1997), при диагностике клинических форм невротических расстройств у репатрианток нами были также использованы наиболее частые формы невротических расстройств, представленные в МКБ-10. В связи с этим были выделены следующие варианты невротических расстройств: смешанное тревожное депрессивное расстройство, смешанные расстройства эмоций и поведения, обусловленные расстройствами адаптации, неврастения и фобические тревожные расстройства. В структуре невротических и связанных со стрессом расстройств первое место по удельному весу занимали больные со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (98 чел., или 50,26%), второе – больные со смешанным расстройством эмоций и поведения (55 чел., или 28,20%). Больных с неврастением выявлено 26 чел. (13,34% общего числа больных с невротическими расстройствами). И лишь 16 больных (8,20%) обнаруживали признаки фобических тревожных расстройств.

Следует отметить, что указанные клинические проявления были характерны для обследованных в период первичного обследования. В период динамического наблюдения в течение полутора лет они подвергались трансформации вследствие наложения симптомов ПТСР на новую симптоматику и дальнейшего процесса СПД репатрианток. В процессе динамического наблюдения ряд указанных проявлений приобретал более благоприятный характер, что явилось результатом социальной адаптации и возвращения репатриантов к активному социальному функционированию в прежней социальной среде (20,0%, или

39 репатрианток), что свидетельствовало об относительно благоприятном исходе невротических расстройств в данном контингенте репатрианток.

Динамическое наблюдение и повторное обследование спустя полтора года показали наряду со снижением удельного веса невротических синдромальную очерченность, что позволяло судить как об окончательном формировании невротических расстройств у больных с неблагоприятным исходом СПД, так и благоприятном течении невротических расстройств у другой группы обследованных и полном восстановлении навыков их социального функционирования. Так, значительному редуцированию подверглись практически все варианты невротических расстройств: доля смешанного тревожно-депрессивного расстройства уменьшилась на 6,7% от первоначальной, смешанного расстройства эмоций и поведения – 9,23%, фобического тревожного расстройства – 2,56%, неврастения – 1,55%.

Результаты первичного обследования показали, что в структуре невротических расстройств на первом месте стоят смешанные тревожно-депрессивные расстройства, составляющие 50,26% (98 чел.). Характерной особенностью данного расстройства являлось преобладание депрессивной симптоматики в клинической картине невротического расстройства. В качестве преморбидного фона отмечалась прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, склонность к отстаиванию своих позиций. Обследованные из этой группы характеризовались аффективной насыщенностью своих переживаний, им, как и другим категориям больных с невротическими расстройствами, была свойственна экстравертированная переработка психотравмирующей ситуации.

Клинически смешанное тревожно-депрессивное расстройство проявлялось чувством тоски, жалобами на утрату радости от успехов и удач, постоянной грустью, снижением активности, чувством тревоги, ощущением ненужности. Больные данной группы часто жаловались на невнимание к ним со стороны местных властей, недостаточное оказание помощи в адаптации к мирной жизни. Отмечались повышенная чувствительность, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков, детского шума, не свойственных данным личностям ранее. В период первичного обследования наиболее общим было преобладание у репатрианток пониженного настроения, выборочный характер эмоционального реагирования, преимущественно за счет позитивных эмоций, т.е. внешне это производило впечатление «эмоциональной холодности». Крайне тяжело на первом этапе переносилось чувство ненужности, утрата прежних жизненных позиций и собственной роли в обществе наряду с чувством одиночества. Отмечались ситуационные колебания настроения, сходные с дистимическими проявлениями.

Обследованные, обнаруживавшие в период после репатриации черты смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленного расстройствами адаптации, занимали по удельному весу второе место в структуре невротических расстройств репатрианток (28,2%, или 55 женщин). Характеризуя основные клинические проявления указанного варианта невротических расстройств, следует отметить, что данные расстройства в обследованном контингенте развивались у лиц с преобладанием истерических черт в характере, достигавших состояния акцентуации или расстройства личности по истерическому типу. Практически у всех обследованных данной группы отмечалась внешняя яркость симптоматики, разнообразие, «богатство» соматических проявлений, как бы «защитный» и «желаемый» механизм возникновения, элементы апелляции, повышенная внушаемость, самовнушаемость. Эмоциональные проявления отличались яркостью, демонстративностью и театральностью.

Другой важной особенностью характера указанного контингента больных являлась неустойчивость психических процессов и зависимость от внешних проявлений, аффективное мышление и аффективное сужение сознания в период обострения. В вегетативно-соматической сфере были ярко выражены такие симптомы, как тошнота, рвота, разнообразные функциональные расстройства внутренних органов вплоть до «острого живота» и ложной беременности. Часто отмечающиеся депрессивные, ипохондрические, астенические и навязчивые явления, нарушения сна, жалобы на непостоянную боль в разных частях тела вызывали необходимость дифференциальной диагностики истерических неврозов с другими невротическими расстройствами.

Повторное обследование спустя полтора года с момента первичного обследования показало некоторое снижение удельного веса истерического типа реагирования в структуре невротических расстройств, что составило 18,97% в общей структуре после снижения на 9,23%. Снижение удельного веса данных расстройств было обусловлено началом активного социального функционирования, а также являлось следствием благоприятного течения процесса социально-психологической адаптации на фоне коррекционной терапии. У остальной части больных на фоне сохранения социально-бытовых проблем и отсутствия стимулов к активному социальному функционированию в микросоциуме обнаруживались признаки стойких невротических расстройств.

Обследованные с клиническими проявлениями *неврастении* составляли 13,34% (26 чел.) в общей структуре невротических расстройств. Характерной чертой развития неврастении у обследованного контингента репатрианток являлось преобладание гипостенического типа над гипер-

стеническим. Это во многом было обусловлено общим соматическим состоянием обследованных и характеризовалось такими симптомами, как плохое самочувствие, особенно после сна, чувство разбитости по утрам, беспричинная головная боль, бессонница с расстройством засыпания, поверхностный сон с кошмарными сновидениями, отражающими тематику пережитых событий, снижение работоспособности, особенно во второй половине дня, ипохондрические проявления.

Для гиперстенических неврастеников была характерна повышенная возбудимость с истошаемостью эмоциональных реакций, вспышками гнева и отчаяния, неустойчивость настроения со склонностью к депрессивным, тревожно-фобическим нарушениям, временами апатия с чувством неполноценности. В большинстве случаев отмечались вегето-сосудистые нарушения различной выраженности: сердцебиение, боль в области сердца, при волнении, диспептические расстройства, неприятные ощущения в различных частях тела (чувство жара, ползания мурашек по коже, перистальтики кишечника), гипергидроз, тремор, повышение рефлекторной активности, снижение половой функции. Наиболее выраженными психосоматическими проявлениями неврастения являлись: истощаемость всех психических функций, колебания артериального давления, нарушение моторики желудка.

Фобические тревожные расстройства занимали незначительный удельный вес в структуре невротических расстройств (8,20%, или 16 больных). Характерной особенностью данной группы обследованных являлось преобладание среди них лиц со средним специальным и высшим образованием. Им были присущи тревожно-мнительные черты в сочетании с ослаблением организма соматическими и инфекционными заболеваниями в период пребывания в лагерях беженцев. В качестве пускового невротического механизма у большинства больных был отмечен невроз страха и психастенические реакции. В ходе первичного обследования были выделены наиболее часто встречающиеся варианты: обсессивный с преобладанием навязчивых мыслей, идей, представлений (9 больных), фобический с навязчивыми страхами (5 больных), а также обсессивно-фобический с преобладанием фобического компонента и такими вегетативными симптомами, как сердцебиение, подъемы артериального давления, потливость, покраснение лица, сухость во рту, запоры (2 больных).

Спустя полтора года в процессе повторного обследования было обнаружено, что значительному редуцированию подверглись: обсессивный невроз (7 больных), а также фобический и обсессивно-фобический варианты (3 и 1 больная соответственно). При этом в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий наряду со снижением

удельного веса указанных расстройств произошло их значительное видоизменение. Так, в группе больных с обсессивно-фобическим вариантом практически полному редуцированию подвергся как вегетативный, так и обсессивный компоненты фобического тревожного расстройства. В то же время в группе обсессивных и фобических расстройств клинические проявления у оставшихся больных приобрели яркую очерченность. Вместе с тем следует отметить, что у данной категории больных закрепление симптоматики во многом было связано с сохранением социально-психологических и бытовых проблем неустроенности, неуверенности в завтрашнем дне, что также оказывало негативное влияние на формирование неврозов.

9.4. Распространенность психических расстройств среди репатриантов

Анализ распространенности психических расстройств среди обследованного контингента женщин-репатрианток позволил выявить ряд существенных различий с аналогичными показателями в общей популяции населения Таджикистана. Это в первую очередь связано с высокой частотой психических расстройств в популяции беженцев, подвергшихся неоднократным психогенным воздействиям в различные периоды перемещения, которые в отличие от аналогичных нарушений в общей популяции достоверно чаще встречались в обследованной категории репатрианток.

Клинико-эпидемиологическое обследование данного контингента репатрианток характеризовалось определенными сложностями, в первую очередь связанными с отсутствием учета, регистрационных и медицинских карт в период их пребывания в лагерях беженцев, а также с низкой обращаемостью репатрианток в психиатрические учреждения по месту жительства. В связи с этим были использованы результаты наших собственных исследований невыборочных групп, полученные в ходе подворных обходов. При этом в соответствии с рекомендациями Б.Д. Петракова и Б.Д. Цыганкова (1996) была допущена частичная экстраполяция полученных данных по распространенности психических нарушений на всю исследуемую популяцию. Авторы, обосновывая подобный подход результатами практического применения, отмечают, что встречались с подобного рода сложностями в изучении распространенности психических нарушений, их структуры и клинических проявлений среди советских ветеранов войны в Афганистане, так как отсутствовал медицинский учет и не было специализированной психи-

атрической помощи. Для проведения наших исследований были использованы результаты собственных наблюдений, а также официальные статистические данные по заболеваемости (распространенности) психических расстройств в РТ в период 1995-2001 гг.

Другим немаловажным моментом сложностей своевременной диагностики психических расстройств среди репатриантов в местах их компактного проживания является крайне низкая обращаемость в лечебно-профилактические учреждения первичного звена. Практически во всех сравниваемых нозологических группах отмечаются большие различия между распространенностью психических расстройств в группе обследованных репатрианток и в общей популяции населения.

Достоверно показано, что распространенность указанных психических расстройств в группе репатрианток существенно выше, чем среди населения Таджикистана в целом. Анализ представленных выше показателей показывает, что в группе репатриантов отмечается высокая распространенность по таким сравниваемым нозологическим группам, как депрессии ($505,8 \pm 31,3$ на 100 тыс. чел. в группе репатриантов к $0,6 \pm 0,09$ на 100 тыс. чел. в общей популяции); хроническое изменение личности ($501,9 \pm 31,2$ тыс. чел. среди репатрианток к $0,4 \pm 0,08$ тыс. чел. в общей популяции); невротические расстройства ($379,3 \pm 27,3$ тыс. чел. среди репатрианток к $0,63 \pm 0,1$ тыс. чел. в общей популяции).

Большие различия в распространенности психических расстройств между двумя сравниваемыми группами обусловлены двумя взаимодополняющими факторами. В первую очередь это связано с целенаправленным характером предпринятых нами исследований, позволивших обеспечить достоверно большую выявляемость указанных нарушений. Другим немаловажным фактором, объясняющим данные различия, является низкая обращаемость населения (в том числе и репатриантов) как в психиатрические учреждения, так и в лечебные учреждения общего профиля, что в существенной мере влияет на эпидемиологические данные по распространенности психических расстройств.

Следует подчеркнуть, что достоверно высокая распространенность психических расстройств среди репатрированных беженцев, компактно проживающих в ряде районов Таджикистана, диктует необходимость более пристального внимания учреждений здравоохранения регионов компактного проживания репатриантов к раннему выявлению психических расстройств за счет целенаправленной диспансеризации указанной категории населения.

Глава 10

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕЖЕНЦЕВ

Проблема разработки адекватных подходов к медико-социальной реабилитации различных категорий лиц с ПТСР и расстройствами адаптации в последние годы привлекает пристальное внимание специалистов психического здоровья в связи с возникновением указанных расстройств у больших групп гражданского населения, в первую очередь у беженцев и вынужденно перемещенных лиц.

Преобладающее большинство исследований, посвященных данному вопросу, основано на наблюдениях больших групп вынужденно перемещенных лиц, продолжающих оставаться в странах перемещения и испытывающих комплекс специфических воздействий, связанных с пребыванием вдали от родины в чужеродной социальной среде. Ряд авторов (Г.У. Солдатова с соавт., 2001; А.Г. Асмолов, 2001; М.Ш. Магомед-Эминов, 2001) на основании изучения социально-психологических проблем мигрантов из Чечни и стран бывшего СССР (Таджикистана, Прибалтики, Украины и Молдавии), проживающих ныне в Российской Федерации, в качестве одного из наиболее эффективных подходов к реабилитации беженцев выделяют развитие сети психологических консультаций. На основании данных первого в Москве Центра социально-психологической реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежища, авторы пришли к выводу, что оказываемая помощь является эффективной для лиц с ПТСР, испытывающих большие трудности в социокультурной адаптации на новом месте и в связи с изменением их прежнего социального статуса и привычного окружения. Другими словами, в данном случае речь идет о проблеме оказания психологической помощи на промежуточном этапе формирования ПТСР и расстройств адаптации, когда беженцы продолжают подвергаться комплексу психогенных воздействий, связанных с их вынужденным перемещением и пребыванием вне страны своего происхождения.

Анализируя специфику обследованного нами контингента лиц, следует подчеркнуть, что репатриированные беженцы – люди, возвратившиеся в места своего постоянного проживания. Несмотря на то что данная категория подвергалась целому комплексу мощных психогенных воздействий, связанных с вынужденным перемещением в результате вооруженного конфликта и многолетним пребыванием в лагерях беженцев в Афганистане, наши исследования показали, что главной проблемой для них продолжают оставаться объективные сложности

реинтеграции, т.е. восстановление своей социальной роли в прежней микросоциальной среде.

В связи с этим должны быть использованы специфические подходы к терапии и реабилитации репатриантов, основанные на особенностях исследованного нами контингента репатриантов с учетом широкого спектра психических расстройств психотического и непсихотического уровней.

Анализ литературных данных, посвященных этому вопросу, показывает, что особые сложности возникают при разработке оптимальных схем лечения и реабилитации беженцев с пограничными психогенными состояниями на различных этапах их перемещения.

Если терапия выраженных психических расстройств психотического уровня основана на общепринятых традиционных подходах, обусловленных в первую очередь наличием большого практического опыта в ее реализации, то терапия ПТСР как особый вид психических расстройств вследствие воздействия мощных стрессовых факторов до настоящего времени остается одной из наиболее сложных в психиатрии из-за трудностей в ранней диагностике, клинической дифференциации, лечения и профилактики.

В настоящей главе представлены основные подходы к организации медико-социальных мероприятий среди беженцев на различных этапах их перемещения. Основные подходы и принципы реабилитации репатрианток основывались на факторном принципе, т.е. выделении наиболее значимых факторов, участвующих в реадаптации беженцев после их возвращения на родину.

Так, анализ факторов СПД таджикских женщин-беженок показал, что для них наиболее значимыми являются: пребывание в лагере беженцев (54,3% обследованных), пребывание в зоне вооруженного конфликта (19,28%), проблемы и сложности возвращения и реинтеграции (18,4%) и личные трагические периоды в различные периоды перемещения (8,02%). Как показали наши исследования, наиболее значимым фактором дезадаптации для большинства репатрианток явилось их многолетнее пребывание в лагере беженцев и комплекс факторов с этим связанных.

Для более детального освещения основных принципов реабилитации беженцев представляется целесообразным их отдельное рассмотрение в зависимости от ведущих факторов, участвующих в СПД обследованного контингента репатрианток.

10.1. Организация медико-социальной помощи репатриантам в лагере беженцев

Анализ деятельности международных гуманитарных организаций, осуществлявших операции по оказанию гуманитарной помощи в лагерях таджикских беженцев в Афганистане (Управления Верховного комиссариата ООН по делам беженцев, Международного Комитета Красного Креста и др). показал, что несмотря на масштабность этих программ не уделялось достаточного внимания психическому здоровью беженцев, процессу их социально-психологической адаптации в специфических условиях лагеря. Вместе с тем в рекомендациях ВОЗ и Управления Верховного комиссариата ООН по делам беженцев (WHO/UNHCR, 1999) подчеркивается, что «психосоциальные потребности беженцев часто не учитываются, а нередко о них просто забывают. Между тем службы здравоохранения должны стремиться к достижению наивысшего уровня как физического, так и психического здоровья».

В связи с этим нами были проанализированы основные жалобы, характерные для репатрианток в период их пребывания в лагерях беженцев. Помимо основных жалоб, характеризующих клиническое состояние беженцев в период их пребывания в лагере, они также предъявляли специфические жалобы, отражавшие воздействие неблагоприятных психогенных факторов лагеря беженцев.

Репатриантками данной группы были отмечены жалобы, связанные с постоянным страхом и тревогой за перспективу дальнейшего существования (94,9%), изолированность от внешнего мира, отсутствие информации о происходящих событиях (72,4%), невозможность уединения в лагере, большая скученность и напряженная атмосфера лагеря, невозможность занятия трудовой деятельностью (55,07%), отсутствие элементарных бытовых условий (доступа к воде, удовлетворению физиологических потребностей и соблюдению гигиенических норм) (45,85%), беспокойство за судьбу близких, оставшихся на родине (35,5%).

Условно мероприятия по социально-психологической и психиатрической помощи в лагерях беженцев можно разделить на два больших, но тесно взаимосвязанных между собой блока: блок организационно-социальных мероприятий и блок медико-социальных мероприятий.

Блок *организационно-социальных* мероприятий по профилактике и социально-психологической помощи беженцам на этапе их перемещения и пребывания в лагере беженцев разработан по результатам

анализа вышеперечисленных факторов дезадаптации, а также практики оказания помощи беженцам различными международными организациями. Представленные мероприятия являются наиболее приоритетными и эффективными при осуществлении социально-психологической помощи в местах временного пребывания:

- организация экстренной психологической, психиатрической и социальной помощи в лагере беженцев должна быть осуществлена по возможности в самые короткие сроки после развертывания лагеря;

- наблюдение и выявление лиц, наиболее остро нуждающихся в помощи, должно осуществляться врачами или социальными работниками, имеющими соответствующие профессиональные навыки;

- при наличии условий и подготовленного штата сотрудников обеспечить массовое психиатрическое обследование прибывших с учетом рекомендаций ВОЗ;

- при большом числе беженцев в лагере (10-20 тыс. чел.) и невозможности организации массовых обследований обеспечить максимальную обращаемость как к специалистам, так и в медицинские пункты для выявления больных с психическими состояниями, нуждающимися в коррекции;

- организация социально-психологического и психиатрического консультирования осуществляется при активном вовлечении и поддержке лидеров общин и глав больших семей с учетом социокультурных особенностей беженцев;

- персонал, работающий в лагере, обеспечивает оказание экстренной гуманитарной помощи беженцам с обязательным вовлечением беженцев к трудовой деятельности, по возможности используя их профессиональные и иные знания;

- совместно с социальными службами лагеря обеспечивается поступление информации (газет, радио) для снятия социальной изоляции в лагере беженцев;

- активное участие в организации пересылки семейных сообщений через соответствующие службы, предусмотренные администрацией лагеря;

- создание условий для уединения лицам с депрессивными или невротическим состояниями, выявленными в ходе обследования;

- организация групповых видов трудовой деятельности, групповых культурных мероприятий, празднования значимых событий (день рождения, национальные праздники и т.д.) с использованием этнокультурных традиций, принятых в данной социальной среде: групповое пение, игра на музыкальных инструментах и т.д.;

– содействие всей работе по общественно-культурной, общественно-религиозной деятельности, общественному развитию, включая идентификацию навыков и развитие в период пребывания беженцев в лагере.

Представленный в литературе опыт по оказанию экстренной психиатрической помощи большим группам населения (А.Н. Краснянский, 1993; Н.В. Тарабарина, Е.Д. Соколова, Е.О. Лазебная, 1996; Ю.А. Александровский, Л.М. Барденштейн, А.С. Аведисова, 2000, P. Roy-Byrne, 1996; N. Breslau, Davis G.C., P.Andreski 1995; Y. Lecrubier, E. Weiller, 1998 WHO/UNHCR,1999) затрагивает преимущественно вопросы оказания психиатрической помощи при крупных стихийных бедствиях и техногенных катастрофах, в то время как вопросы оказания психиатрической помощи на ранних этапах перемещения и размещения в лагерях беженцев являются специфическими, требующими отдельных подходов.

Так, при организации *медико-социального блока* мероприятий по оказанию помощи в лагере беженцев могут возникнуть большие сложности, связанные с необходимостью приближения специализированной помощи к пострадавшему населению, невозможностью использования существующих медицинских учреждений (в связи с большой удаленностью лагерей беженцев от населенных пунктов), нехваткой специалистов-психиатров, имеющих специальные навыки работы с беженцами, ограниченным арсеналом фармакотерапевтических средств для купирования и коррекции психических расстройств.

Поэтому в первую фазу оказания помощи беженцам тактически оправданным может быть разделение беженцев на больных с психотическими расстройствами и лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня. На данном этапе установление диагноза и синдрома заболевания не имеет решающего значения, так как основная задача состоит в создании благоприятных условий для лиц, нуждающихся в неотложной психиатрической помощи. Важная роль принадлежит выявлению лиц с паническими и декомпенсированными истерическими реакциями, которые могут существенно повлиять на атмосферу в лагере беженцев и стать причиной возникновения паники.

Несомненно, одним из наиболее эффективных подходов к купированию психогенных расстройств в первый период является фармакотерапия. Помимо общего лечебного эффекта данный вид терапии направлен на восстановление трудоспособности беженцев и повышение их возможностей социального функционирования в последующие периоды.

Основной сложностью оказания экстренной помощи больным с выраженными психотическими состояниями является невозможность их эвакуации в специализированный психиатрический стационар. Лагерь беженцев часто разворачивается на большом расстоянии от таких стационаров, и все лечебные мероприятия приходится осуществлять внутри лагеря. Кроме того, все перемещения за пределы лагеря в силу особого правового статуса лагеря беженцев должны согласовываться с администрацией лагеря и представителями местных властей.

Длительное пребывание в лагере было отмечено в качестве основного фактора дезадаптации беженками с такими клиническими формами, как депрессивные состояния различного характера (60,35% общего числа больных данной группы). Здесь значительным удельным весом характеризовались практически все варианты депрессивных состояний – субдепрессивные состояния (65,0%), пролонгированные депрессивные реакции (61,1%), эндогенизированная депрессия (52,7% общего числа обследованных данных нозологических групп).

В связи с тем, что данные психические расстройства были выявлены у беженок после их репатриации, очевидно, что на момент перемещения в лагерь беженцев их психическое состояние характеризовалось острыми психогенными реакциями с выраженной депрессивной симптоматикой. Аналогичная ситуация складывается в группе больных с невротическими расстройствами (37,0% общего числа больных данной группы), хроническим изменением личности (48,1%) и соматоформными расстройствами (48,1%).

Особый интерес представляет группа больных с хроническим изменением личности после переживания катастрофы. Учитывая молодой возраст обследованных на момент перемещения (5 лет и старше), верификация их состояний в период пребывания в лагере представляет особые сложности, так как именно комплекс факторов длительного пребывания в лагере беженцев лежит в основе выявленных у них впоследствии патологических изменений личности. В связи с этим направленная терапия на данную группу риска представляется оправданной, несмотря на внешнее отсутствие симптоматики либо ее незначительность. К больным с соматоформными расстройствами при всей специфичности симптоматики может быть применен подход, используемый для беженцев с депрессивными состояниями.

Терапия острых психотических и непсихотических психогенных состояний в данном периоде основана на подходах, предложенных Ю.А. Александровским, Л.М. Барденштейном, А.С. Аведисовой (2000) с учетом фармакотерапевтических средств, имеющихся в арсенале медицинского пункта лагеря беженцев.

В остром и подостром периодах адекватно назначение средств, направленных на основные симптомы – тревогу, депрессию, нарушения сна, вегетативную нестабильность и т.д. Показано назначение транквилизаторов и антидепрессантов. Нарушения психотического уровня целесообразно купировать нейролептиками и мощными транквилизаторами.

Наиболее целесообразно использование легко доступных фармакотерапевтических средств, некоторые из которых входят в стандартные наборы для оказания экстренной гуманитарной помощи при стихийных бедствиях и чрезвычайных ситуациях, широко применяемые при осуществлении широкомасштабных операций такими организациями, как Верховный Комиссариат ООН по делам беженцев, Международный Комитет Красного Креста, Международная Федерация Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Кроме того, целесообразно использование лекарственных препаратов растительного происхождения, так как их можно рекомендовать к приему беженцами самостоятельно.

На более поздних этапах пребывания беженцев в лагере основной задачей психиатрической помощи является выявление новых больных с психическими расстройствами, коррекция состояний у находящихся под наблюдением и проведение бесед с беженцами из группы риска. Опыт изучения обследованного контингента лиц показывает, что женщины и дети являются основной группой риска возникновения психических расстройств, нуждающихся в повышенном внимании на всех этапах оказания помощи в лагере беженцев. Это обусловлено в первую очередь тем, что женщины, чьи мужья имеют возможность трудовой деятельности за пределами лагеря, испытывают постоянную тревогу и страх за возможные преследования мужей по этническим или политическим признакам. В то же время в группе женщин-глав семей мощная дезадаптация обусловлена отсутствием поддержки, чувством незащищенности и бесперспективности дальнейшего пребывания в лагере.

Одним из важных элементов оказания психиатрической помощи является обеспечение преемственности между специалистами, работающими в лагере беженцев, и медицинским персоналом, работающим на приемно-пропускных пунктах, во время проведения операций добровольной репатриации беженцев в места их постоянного проживания.

Опыт организации добровольного возвращения таджикских беженцев из Афганистана показал, что основной акцент на приемно-пропускных пунктах делался на диагностике инфекционных заболеваний и угрожающих жизни соматических состояниях, в то время как оценка психического состояния репатриантов не проводилась.

Наиболее целесообразна передача медицинских карт наблюдения самим беженцам для последующего их наблюдения по месту жительства, а передача списков наблюдавшихся пациентов с соблюдением конфиденциальности и мер врачебной этики может быть передана руководителю медицинской бригады, осуществляющей прием и дальнейшее сопровождение к месту жительства.

10.2. Социокультурная специфика реабилитации репатриантов в местах их компактного проживания

Организация и проведение мероприятий по реабилитации репатриантов после их возвращения на прежнее место жительства явились компонентом масштабных правительственных реинтеграционных программ, осуществлявшихся в районах компактного проживания беженцев при поддержке различных международных гуманитарных организаций.

Большая часть данных программ была направлена на сокращение периода реадaptации беженцев и скорейшую интеграцию в прежнее микросоциальное окружение и включала проекты по восстановлению и возвращению жилья беженцам, предоставлению микрокредитов для восстановления личного хозяйства женщин-глав семей, потерявших мужей в период вооруженного конфликта. За период 1993-1998 гг. было восстановлено более 10 тыс. домов, школ, детских садов, медицинских учреждений и других объектов социальной инфраструктуры в местах компактного проживания беженцев, созданы новые рабочие места, выделены средства для оказания материальной поддержки женщинам, осуществлен ряд образовательных проектов для детей-репатриантов.

Важным фактором социального блока реабилитационных мероприятий стало активное вовлечение репатриантов к реализации вышеуказанных программ. Немаловажное значение для скорейшей адаптации репатриантов имели образовательные программы для детей и подростков-репатриантов с целью создания благоприятной атмосферы совместных игр и обучения детей-репатриантов с остальным населением. Как показали наши исследования, основной психологической проблемой, препятствовавшей скорейшей адаптации репатриантов, явились взаимоотношения репатриантов с прежним социальным окружением и представителями официальных властей. Чувство вины и стыда репатриантов за возможное участие их мужей, отцов, братьев в вооруженном конфликте и факты негативного отношения населения к ре-

патриантам легли в основу комплексных реинтеграционных программ, направленных на повышение толерантности общины к репатриантам, совместному решению проблем в общине, вовлечение репатриантов в активную социальную деятельность.

Настоятельная потребность в устранении фактора социальной изоляции и восстановления навыков социального функционирования репатриантов продиктовала необходимость создания общественных объединений из числа репатриантов в районах компактного проживания репатриантов. Данные общественные объединения сформировались с целью создания максимальных условий для скорейшей реинтеграции сограждан к жизни в обществе. С 1997 г. начались масштабные реинтеграционные проекты, направленные на восстановление и укрепление взаимоотношений в микросоциуме, мобилизацию общин к восстановлению инфраструктуры, снятию социально-психологической напряженности в микросоциуме. Особое место в данных проектах продолжают занимать программы социальной реабилитации женщин, потерявших мужей в период войны, и их детей. За период с 1997 г. в общественную жизнь было вовлечено более 35% репатрианток. С учетом актуальной проблемы безработицы среди репатриантов было обеспечено финансирование программ по восстановлению хозяйства – разведение домашних животных, организация швейных артелей, обеспечение трудовой деятельностью женского контингента репатриантов.

Таким образом, мероприятия по социальной реабилитации репатриантов в местах их компактного проживания можно представить следующим образом:

- реинтеграционные проекты, направленные на решение социальных проблем репатриантов;
- вовлечение репатриантов в решение социальных проблем и формирование толерантности к репатриантам среди остального населения.

Специфика обследованного контингента репатрианток и верифицированных у них клинических состояний, сложность и многофакторность этиопатогенетических механизмов выявленных психических расстройств обусловили необходимость разработки специфических подходов к терапии и реабилитации репатриированных беженцев. В связи с этим мероприятия по психологической реабилитации и коррекции психических расстройств проводились в рамках реабилитационных программ.

Следует отметить, что в зависимости от клинических состояний и характера СПД отмечалась различная степень резистентности пациентов, находившихся на амбулаторном наблюдении и лечении в лечебных

учреждениях по месту жительства. Так, при сохранении таких психогенных травмирующих либо дезадаптирующих факторов, как напряженная атмосфера в ближайшем окружении, бытовые проблемы по восстановлению хозяйства, нерешенность правовых проблем, неустроенность детей и т.п., при наличии у репатриантов симптомов тревоги и сохраняющегося эмоционального напряжения мероприятия по коррекции данных расстройств не давали ощутимого эффекта. Практически у всех обследованных беженцев отмечалась положительная корреляция между устранением факторов дезадаптации и восстановлением социального функционирования, компенсацией психических нарушений и улучшением их состояния.

Как показали наши исследования, особую сложность составляют мероприятия, направленные на лечение и реабилитацию репатрианток с пограничными психическими нарушениями. Это в первую очередь связано с тем, что состояние лечебно-профилактических учреждений в районах компактного проживания после гражданской войны и последующего социально-экономического кризиса, а именно неукомплектованность врачебными кадрами, крайне недостаточное медикаментозное обеспечение, а также фактическое отсутствие диспансеризации, определяли крайне низкую обращаемость репатрианток в лечебные учреждения и, как следствие, низкую выявляемость среди них психических расстройств. Несколько иная картина складывается в группе больных пролонгированными и эндогенизированными депрессивными состояниями. Здесь удельный вес выявленных больных несколько выше, что объясняется более выраженным характером психических расстройств. Кроме того, масштабные проблемы социального плана, с которыми столкнулись репатрианты после возвращения, продиктовали необходимость осуществления комплексных программ медико-социальной помощи указанным категориям репатрианток.

Исходя из этого, были предложены мероприятия, направленные на скорейшую социальную реабилитацию больных с указанными психическими расстройствами. Анализ литературных данных, посвященных данному вопросу (Ф.Б. Березин, 1988; Ю.А. Александровский, 1979; М.В. Виноградов, 1979; Б.Д. Цыганков, А.И. Белкин 1992), свидетельствует, что для достижения стойкой ремиссии недостаточно только медикаментозной терапии.

Основной сложностью проведения полноценной комплексной терапии является вовлечение репатриантов в процесс реабилитации в связи с отсутствием уверенности в благоприятном исходе и нередким отказом от помощи специалистов. Во время первичного обследования и бесед репатрианты неохотно рассказывали о пережитом, испытывали чув-

ство стыда, печали, злости, нарушения взаимосвязи с обществом – чувство одиночества, изоляции, психологического оцепенения, нарушение внимания, а также повторное переживание травмирующих событий в форме ночных кошмаров, бессонницы, эмоциональных взрывов и. т.п.

Следует отметить, что важной особенностью осуществления реабилитационных мероприятий в обследованном контингенте репатриантов являлось психологическое сопровождение социальных мероприятий по реабилитации. Так, компонент социально-психологического консультирования был включен в программу реабилитации по таким направлениям как восстановление личных хозяйств и домов репатриантов, обеспечение доступа медицинским услугам, правовой и образовательной помощи.

В связи с этим основной направленностью реабилитационных мероприятий являлось нивелирование пассивного принятия личной трагедии и создание новой мотивации, ценностей и содержания смысла жизни. Активный расспрос, доброжелательное и внимательное выслушивание, «проговаривание» наиболее неприятных воспоминаний позволяло уменьшить аффективное напряжение, структурировать переживания и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших. Суммарно все использованные приемы реабилитации можно систематизировать следующим образом:

- изменение отношения больных к психотравмирующей ситуации, осознание долгосрочности адаптации;
- коррекция личностных установок и поведения больного, его внутренней позиции;
- направленное воздействие на симптоматику выявленных психических расстройств (психофармакотерапия).

В ходе катamnестического наблюдения обследованных репатриантов была отмечена положительная динамика расстройств у 187 больных, находившихся под наблюдением в психиатрических учреждениях (64,61%), проявлявшаяся в стабилизации жизненной позиции, активизации социального функционирования, планировании будущего родных, близких, детей.

Таким образом, медико-социальная реабилитация играет важную роль в системе общих мероприятий по скорейшей реадаптации беженцев к прежним местам проживания. Применение наряду с медикаментозной терапией мер по улучшению социального функционирования, в первую очередь социально-психологической помощи совместно с программами по оказанию помощи репатриантам, позволяет получить хорошие результаты по сокращению периода дезадаптации и возвращению репатриантов к полноценной жизни.

* * *

В заключение третьей части монографии можно констатировать, что многофакторное обследование таджикских женщин-беженков, репатрированных из Афганистана в места своего постоянного проживания, выявило патогенную роль комплекса последовательно воздействующих экстремальных ситуаций, патогенное воздействие которых у пострадавших накладывалось одно на другое. Ключевыми дезадаптирующими факторами для репатриантов были ситуации пребывания продолжительностью до двух месяцев в зоне вооруженного внутриэтнического конфликта и вынужденного внезапного перемещения с последующим длительным проживанием в лагерях беженцев за рубежом. Социокультурная и полоролевая специфика изучаемого контингента отразилась в том, что семейные, этнические, религиозные и гендерные особенности могли играть, с одной стороны, протективную в ситуации хронического стресса, с другой – деструктивную для личности роль.

Дистресс, связанный с последовательно сменяющимися этапами кризисной ситуации с учетом выявленных этнокультурных, социально-демографических и полоролевых особенностей женщин, не имеющих навыков преодоления стрессовых ситуаций без помощи мужчин, в сочетании с их личностными проявлениями обуславливали формирование СПД, определяющей патоморфоз стрессовых расстройств. Наиболее неблагоприятными социокультурными факторами, влияющими на течение и исходы СПД репатрианток и формирующими «группу риска», являлись низкий уровень образования, незанятость 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 – до 31 года или больше 50 лет.

Проживание таджикских беженков до перемещения происходило в больших неразделенных семьях, характерных для таджикского общества, где ведущая роль в принятии ответственных решений принадлежала мужчинам – главам семей, отсутствие опыта принятия самостоятельных решений, большая ценность внутрисемейных взаимоотношений при резком ограничении внесемейных контактов. Среди факторов, участвующих в скорейшей социально-психологической адаптации репатрианток после возвращения в места своего постоянного проживания, важное положительное значение имели возраст 31-40 лет, стабильный се-

мейный статус, относительно высокий уровень образования и занятие физическим квалифицированным трудом, как в период пребывания в лагере беженцев, так и после возвращения, а также владение информацией о судьбе близких и родственников, оставшихся на родине.

Наиболее неблагоприятные динамика и исходы СПД отмечены при эндогенизации депрессии, пролонгированных депрессивных реакциях и хронических изменениях личности после переживания катастрофы. Эндогенизация психогенной депрессии, препятствующая благоприятному исходу и возвращению к активному социальному функционированию, дает основание для выработки системы целенаправленной терапии и реабилитации указанной категории репатрианток. Невротические и соматоформные расстройства, связанные со стрессом, а также субдепрессивные психогенные состояния отмечены у репатрианток с благоприятным исходом в плане социально-психологической адаптации и скорейшего восстановления социального функционирования.

Система медико-социальных мероприятий по раннему выявлению, терапии, психотерапевтической коррекции и реабилитации женщин-беженек предусматривала организацию социально-психологической и психиатрической помощи как в период пребывания в лагерях беженцев, так и после возвращения в постоянные места проживания. Эффективность разработанной системы психиатрической и медико-социальной помощи репатрианткам по месту жительства через сеть психиатрических учреждений, территориальных учреждений здравоохранения первичного звена и общественных центров социальной поддержки характеризовалась положительной динамикой социально-психологической адаптации у большинства обследованных репатрианток.

Часть четвертая

**Инструментальный
дискурс проблемы:
психическое здоровье
этнических меньшинств
и социальные факторы**

*Großsein tut's nicht allein, sonst holte
die Kuh den Hasen ein – быть большим
ничего не значит, в противном случае
корова смогла бы догнать зайца*

Немецкая пословица

Если примордиальное и конструктивистское направления эффективны при изучении сообществ с выраженным этническим своеобразием, то для исследования групп с меньшими культурными различиями более адекватен инструментальный подход. Характерной особенностью инструментализма является понимание этноса как совокупности социальных групп, обладающих специфическими особенностями. В контексте конкретных социальных обстоятельств этничность становится своеобразным источником ресурсов, к которому обращаются люди, когда других источников для достижения поставленных целей оказывается недостаточно.

Данная этносоциальная установка во многом характерна для немецкого меньшинства в Казахстане. В этой части монографии на обширном фактическом материале раскрываются социально-политические истоки формирования специфического этнического самосознания исследуемой группы, показываются его изменения в зависимости от конкретного исторического периода. Установленные особенности этничности определили стратегию настоящего исследования. В соответствии с социальной направленностью работы главным объектом изучения явились не клиническая, а условно здоровая выборка. Исходя из этого, в исследовании отсутствуют традиционные для эпидемиологических работ показатели заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств.

В связи с незначительностью и невыраженностью клинических различий и культурных особенностей и соответствующих им индикаторов психического здоровья, актуальных для изучаемого этноса, основное содержание исследования сконцентрировано на анализе клинического значения социальных интересов, социальных стрессоров и ресурсов. Так как этнокультурное своеобразие в данном случае не релевантно, то отпадает сама необходимость набора контрольной группы из респондентов иной национальности. В качестве объектов сравнения выступают отдельные социальные группы внутри немецкого меньшинства. Избежать ошибки выборочных исследований, вероятной при таком изучении, стало возможным благодаря последовательному ана-

лизу клинического значения всех исследуемых детерминант: социодемографических параметров, социальных стрессоров, социальных и личностных ресурсов. Данная проблематика также подробно представлена в публикациях Ю.В. Игнатъева с соавт. (Y. Ignatyev et al.) за 1997-2012 гг.

Рассмотрение с указанной позиции этого, на первый взгляд, однородного этноса выявило выраженные различия в состоянии психического здоровья в зависимости от социальных особенностей исследуемых групп и позволило наметить тактику дифференцированного психогигиенического воздействия.

Глава 11

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Инструментализм с его социальным пониманием этноса и ведущих факторов, детерминирующих здоровье человека и общества, является оптимальной альтернативой примордиальному и конструктивистскому подходам. Необходимость подобного рода научных работ обусловлена нарастающей глобализацией, ведущей к постепенной унификации духовной и материальной культуры, сглаживанию межэтнических различий. В данных обстоятельствах основные объекты этнокультурных исследований – этничность и этнос – становятся не столько биологическими или психологическими характеристиками, сколько социальными феноменами.

Настоящее исследование содержит комплексный анализ, и установлены значимые различия психического здоровья отдельных социальных групп немецкого этнического меньшинства в Казахстане. Исследовано значение различных видов социальных стрессоров и ресурсов для психического здоровья социальных групп немецкого этнического меньшинства – изучена роль социально-демографических факторов с позиции их непосредственного вклада в формирование психического здоровья выделенных социальных групп. Установленная иерархия значимости социальных факторов, специфичная для каждой исследуемой выборки, явилась основой для проведения качественного сравнения выделенных групп. Исследование психического здоровья и личностных ресурсов социальной группы со стратегией на эмиграцию позволило подтвердить теорию селективной миграции. В отличие от

ранее известных доказательств данной теории, установленные данные получены на материале обследуемых в доэмиграционном периоде. На модели немецкого этноса разработаны психогигиенические рекомендации по укреплению психического здоровья малых этнических групп.

11.1. Проблема социальных факторов в этнокультурных исследованиях психического здоровья

С начала 1990-х гг. был опубликован ряд научных работ, в которых состав и динамика психических расстройств у отдельных групп населения связывались не только с уровнем развития психиатрической службы, но и с рядом социальных условий. Соответственно исследовательским подходам предпринимались попытки систематики изучаемых детерминант. Наибольшее распространение получило заимствованное из современной социологии формальное деление факторов на макро- и микросоциальные.

К первым исследователи относят социальные условия, определяемые непосредственно общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Анализируя значение макросоциальных факторов в формировании психической патологии, Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положий (2003) указывают на особый патогенный характер политической и экономической нестабильности, ломки жизненных стереотипов, утраты прежних идеалов, поляризации общества по материальному положению и идеологическим соображениям. Благоприятные предпосылки для интенсивного возникновения в обществе психических расстройств и социально опасных форм отклоняющегося поведения (алкоголизм, наркомания, суициды) создают, по мнению Ц.П. Короленко (1995), ситуации повышенной социальной напряженности. Возникновение и развитие психических нарушений протекает при этом по типу «порочного круга» – рост психической патологии усиливает социальную напряженность в обществе.

Микросоциальные факторы включают в себя конкретные направления общественной жизни индивидов (труд, отдых, быт и т.д.). Особое значение в ряду микросоциальных факторов принадлежит семье. Исследуя роль семейных отношений в формировании психического здоровья, Б.С. Положий (2001) выделяет три социальные семейные структуры:

1) «надежный тыл», характеризующийся искренними теплыми взаимоотношениями, общими заботами и интересами, комфортным

психологическим микроклиматом. Взаимная социальная поддержка выполняет здесь своеобразную буферную функцию для смягчения психологических последствий стресса;

2) «фронтальная зона», с деструктивными межличностными отношениями, доходящими до постоянных скандалов, конфликтов и взаимных унижений;

3) «нейтральная полоса», определяющаяся формально-безразличным характером взаимодействия. Выраженные эмоциональная напряженность и дефицит в двух последних типах семейных структур создают, по мнению исследователя, значительный риск нарушений психического здоровья.

Содержательные классификации значимых для психического здоровья социальных факторов основываются на выделении отдельных сфер общественной жизни. Анализируя вклад исследователей в решение проблемы, А.В. Голенков (1998) предлагает следующую систематику факторов вместе с соответствующим перечнем исследовательских работ:

– демографические (А.Е. Иванова, 1993; Н.М. Жариков, А.Е. Иванова, А.С. Юринов, 1996; И.А. Артемьев, П.П. Балашов, Ф.Х. Миневич, Н.П. Орел, 1996; Н.В. Blum, М.Н. Boyle, D.R. Offord, 1998; B. Lublin, M. Zuckerman, L.M. Breytspaak, N.C. Bull et al., 1998);

– этнокультурные (Б.С. Положий, 1996; В.Б. Миневич, 1996; В.Я. Семке, 1996; С.Е. Newhill, 1990; J.M. Murphy, 1994);

– экономические (В.Б. Позняк, Ф.М. Гайдук, Т.Л. Солодшая, 1995; Г.Н. Пономарев, Н.М. Сафронов, В.Г. Косенко, 1996);

– нравственно-этические (В. Ресслер, 1992; N. Wolf, S. Pathare, T. Graig, J. Leff, 1996);

– социокультурные (Б.С. Положий, 1992; Ц.П. Короленко, 1994);

– политические (Л.К. Хохлов, В.Г. Тураев, В.Ф. Мельников, А.И. Савельев, 1996; А.Т. Skull, 1989);

– экономические (А.А. Чуркин, 1995; L. Silverton, S. Mednic, 1984, J. Haldin, 1985; L.F. Saugstad, 1989; V. Chandza, M. Ganguli, G. Ratcliff et al, 1994).

Полноценным исследованиям в этой области, по мнению Т.Б. Дмитриевой и Б.С. Положего (2003), препятствовали идеологические барьеры недавнего прошлого, когда допустимая среда изучения ограничивалась семейным микросоциумом, а проблемы макросоциальных воздействий признавались лишь за пределами стран социалистического лагеря в «чуждом» капиталистическом обществе. Важным достижением российской психиатрии явилась реализация научной программы «Выявление закономерностей влияния этнических и со-

циокультурных факторов на психическое здоровье населения с целью оптимизации психиатрической и психопрофилактической помощи». В Казахстане Г.М. Кудьяровой (2000) в рамках указанной программы были исследованы основные этнокультурные особенности распространенности и клинической картины психических расстройств.

В работе российского исследователя А.В. Голенкова (1998), посвященной изучаемой проблеме и разрабатываемой в Чувашии, большое значение придается таким социокультурным параметрам психического здоровья этносов, как:

- 1) численность исследуемого народа;
- 2) наличие или отсутствие автономии;
- 3) дисперсное или компактное расселение;
- 4) роль традиционных отраслей хозяйства и в связи с ней – национальной культуры;
- 5) уровень контактов с инонациональным населением в прошлом;
- 6) процентное соотношение с инонациональным составом;
- 7) степень промышленного освоения территории расселения народа его этническими группами;
- 8) степень бытования родного языка, наличие письменности на этом языке, двуязычие.

Социальные факторы являются базовыми конструктами, формирующими культурный контекст психотерапии, проводимой как больным психическими расстройствами, так и здоровым лицам, имеющим те или иные психологические проблемы. Определяющую роль они играют и при организации психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Первые подходы к культурно ориентированной психотерапии были намечены еще основателем психоанализа. Классическим примером является знаменитый случай аналитической работы З. Фрейда с русским пациентом, известным под именем «Человек-волк». Развитие в середине XX в. культурной психиатрии привело к появлению благоприятных предпосылок для этнически ориентированных психотерапевтических методов.

Широкую известность в 1980-е гг. в американской психологии получило мультикультурное консультирование. Авторы данного метода разрабатывали его в полиэтничной среде и рассматривали наряду с такими традиционными направлениями, как психоанализ, бихевиоризм и гуманистическая психология как четвертую силу в психотерапии (P. Pedersen, W.J. Lonner, J.G. Draguns, 1976; P. Pedersen, A. Ivey, 1993). Основная цель мультикультурного психотерапевта – фокусированность на этничности для того, чтобы помочь

клиенту утвердить свою идентичность в мире, где существуют и взаимодействуют одновременно несколько различных культур. Терапевтическое воздействие реализуется через ряд последовательно решаемых задач: поощрение связи клиента с собственной культурой; развитие гордости своей этнической и культурной принадлежностью; помощь индивиду в утверждении его взгляда на мир и включенность в семейную и культурную историю; информирование самого психолога о процессах аккультурации и культурном притеснении клиента (М. Fukuyama, 1990).

При этом для психолога важно четкое осознание, что каждая психологическая теория и подход отражают всего лишь какой-то конкретный взгляд на мир, не всегда соответствующий взгляду клиента. Тем самым постулируется важнейший принцип межкультурного консультирования – работа в культурном контексте пациента. Входя на время в мир клиента, психотерапевт постигает существенные различия этого мира от своего собственного и будет открыт к уважительному принятию всех этих отличий.

Разработана пятиступенчатая модель культурной идентификации, ведущая к повышению уровня сознания для представителей этнических меньшинств. *Стадия I* – конформизм. На этом уровне группа верит в доминирующие в данном обществе культурные ценности. В частности, клиент негритянского или азиатского происхождения может думать, что белые правы всегда и отрицательно относиться к своему происхождению (например, «Мы, негры, – плохие работники»). *Стадия II* – диссонанс. Группа или отдельный индивид обнаруживает, что ситуация не такова, как принято считать. Становятся очевидными несоответствия между тем, что человек может делать, и тем, что ему не позволено из-за расизма. *Стадия III* – сопротивление и погружение в проблему. Для этой стадии характерны значительные усилия меньшинств в борьбе с несправедливостью. *Стадия IV* – углубление взглядов. Индивид вновь встречается с неконгруэнтностью жизни. Представитель этнического меньшинства может обнаружить, что некоторые члены доминирующего большинства отзывчивы и надежны. *Стадия V* – четкое выражение своей позиции и осознание себя в мире. Индивид находит удовлетворение в своей культурной идентификации: «Я – негр и горжусь этим!» (R.L. Atkinson et al., 1983).

Несколько иная модель культурной идентификации предложена Р. Яксон (1984). Автор, исследуя рост и изменение сознания чернокожих американцев, находит, что при различии мировоззрений даже черные терапевты не смогут эффективно работать с представителями своей расы. Для продуктивного контакта с клиентом необходимо учи-

тывать следующие стадии роста этнической идентификации: *стадия I* – принятие. На этой стадии черный клиент воспринимает себя как «не-белого». Личная идентификация определяется как «другой». Образ жизни белых представляется как единственно правильный. В контакте с психотерапевтом иной расы такой клиент может вести себя принижено и услужливо. Для описания этой теперь довольно редкой формы черного сознания иногда используется образ «дяди Тома», угождающего белым. *Стадия II* – сопротивление. Чернокожий американец переживает критическую стадию и начинает признавать, что быть черным – это сама по себе ценная идентификация. Индивид по-новому открывает для себя принадлежность к черной расе и ее значение. Пребывая в данной стадии, некоторые клиенты испытывают негативные эмоции по отношению к белому терапевту и могут отказаться от дальнейшей работы с ним. *Стадия III* – реформирование. В этом периоде белые мало интересуют черного клиента. Он может углубиться в историю черной расы и черного населения Америки. Необходимой задачей развития на данном этапе является восстановление черного сознания в полном объеме. *Стадия IV* – интернализация. Представитель этнического меньшинства становится личностью, гордящейся своей принадлежностью к черной расе и сознающий ценность других рас. Он использует все лучшее из всех стадий своего развития и интегрирует их в трансцендентное сознание.

Одновременно с американскими психологами кросскультурные аспекты психотерапии и консультирования начали изучать и их британские коллеги. По мнению R. Littlewood, определенное психотерапевтическое пренебрежение к представителям этнических меньшинств особенно характерно для Великобритании (R. Littlewood, 1992). В черной общине (африканско-карибские и южно-азиатские кварталы) преобладает рабочий класс, что предполагает двойную ущербность – бедность и дискриминацию. Доступность долгосрочной и дорогостоящей терапии оказывается в значительной степени ограниченной. Многие британские психотерапевты убеждены, что психотерапия неэффективна для работы с представителями этнических меньшинств в силу их ограниченных «вербальных возможностей» и способности понимать свои проблемы тем способом, который предполагают традиционные психологические системы. Среди черного этнического меньшинства также практически отсутствуют специалисты в области здравоохранения высокого уровня. Своеобразной альтернативой существующему положению явилось создание небольших центров психотерапевтической помощи этническим и культурным меньшинствам.

Следует отметить, что культурную и историческую обусловленность современной психологии личности подчеркивают и многие другие психотерапевты (Е.Е. Sampson, 1988; J. Kareem, 1992; J.D. Koss-Chioino, L.A. Vargas, 1992). Американский культурно ориентированный психотерапевт Р. Cushman (1990) в этой связи отмечает, что не может быть универсальной теории личности, существуют только локальные теории. Соответственно этому не существует и универсального, метаисторического «Я», но только локальные «Я». Психологи должны обращаться к этому «локальному Я» представителей различных культур, принимая во внимание их семейные традиции, особенности этнической культуры и доминирующее социальное окружение. Несоответствие большинства западных кросскультурных разработок азиатским, африканским и другим культурам складывается из нескольких причин. Так, в традиционной западной психотерапии существует четкая ориентация на использование «Я-утверждений» и фокусирование на аспектах помощи клиента самому себе. Для представителей восточных стран, напротив, немислимо думать только о себе вне семейного и общинного контекстов.

Другой существенной причиной межкультурного несоответствия является абсолютизация европейско-американского «экспрессивного индивидуализма». По мнению западных психологов, люди нуждаются в раскрытии другим своих личных тайн для того, чтобы снять напряжение от необходимости хранить тайну, люди нуждаются в контроле над собой, используя экстерналино-ориентированное поведение. В восточных культурах, напротив, идентификация с семьей, родом или социальной группой служит основным источником самоопределения и самооценности. Следовательно, личные конфликты должны скрываться, чтобы сохранить социальную гармонию или чтобы включать их в более широкую социальную тематику и проработать в коллективных ритуалах во взаимодействии с другими. Сдержанность, невозмутимость и признание рассматриваются как сила и показатели отличия, т.е. контроль зрелых людей проявляется интерналино, а не экстерналино. Происходящие события воспринимаются как общезначимые и коллективные, а не как личные и уникальные, что позволяет интерпретировать их последствия в рамках более широких культурных, исторических и мифологических тем. Кроме того, существует различие в концептуализации психологических и психопатологических вопросов. Так, инсайт не ценится в восточных культурах так же высоко, как на Западе. Долгое размышление о каком-то предмете считается порождающим проблемы, способ же справиться с проблемой: «Думай о семье, а не о себе» (D.W. Sue, D. Sue, 1990). Одни культуры акцентируют

аффект, а другие – понимание как основной способ совладания с травматическим стрессом (D. Epstein, M. White, K. Murray, 1992); диссоциативные расстройства не считаются патологией в ряде культур (M. Korman, 1973). Таким образом, согласно межкультурному подходу все методы оказания психологической помощи должны существовать внутри культурного контекста.

Положение о том, что культурная осведомленность терапевта занимает центральное место в психотерапевтическом процессе, активно развивает кросскультурная когнитивная терапия. По мнению создателей этого относительно нового психотерапевтического направления (МакМаллин, 2001; D. Epstein, M. White, K. Murray, 1992, M. Korman, 1973), культура детерминирует многие из когниций пациентов: во что они верят и что отрицают, что они воспринимают и что игнорируют, насколько они готовы делиться с посторонним для семьи человеком, какие они предпочитают иметь с ним терапевтические отношения, какие ценности они считают важными, какой стиль терапии будет для них приемлем, а какой они сразу же отвергнут, что они будут считать возможной причиной своих эмоциональных проблем, сколько усилий приложат и какую работу они захотят выполнять в терапии. Необходимым элементом кросскультурной когнитивной терапии является доказательство клиенту важности образа мысли в возникновении его проблем. Для решения данной задачи может быть рекомендована следующая последовательность действий: а) выяснение, какие убеждения клиента служат причиной его проблем; б) помощь клиенту в нахождении источника атрибуции – исходит ли проблема из культуры или основана на собственном опыте клиента; в) описание как отличающаяся культура объясняет ту же ситуацию. В качестве необходимого квалификационного критерия кросскультурного психотерапевта выступает осведомленность в искусстве, музыке и литературе данной культуры, народных историях, баснях и сказках. Важнейшим культурным измерением, которое обязательно должен учитывать в своей работе психотерапевт, является религия.

Переходя к анализу культурно ориентированной психотерапии на территории Евразийского пространства, следует указать на следующие особенности ее развития (Г.У. Солдатова, 2002). Распад Советского государства с последующей миграцией или вынужденным бегством из зон вооруженных конфликтов вызвал необходимость скорейшего создания адекватных методов психологической помощи. Основой для разработки программ тренингов социокультурной адаптации явились западные модели, вместе с тем активно использовался и опыт отечественных психотерапевтических школ. Начальным этапом в организации

службы психологической помощи мигрантам стало создание в 1998 г. в Москве первого в России Центра социально-психологической адаптации и реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежище, из дальнего зарубежья. К середине 1999 г. в рамках программы «Миграция населения» была развернута целая сеть психологических консультаций на базе региональных Российских обществ Красного Креста, на первом этапе включившая шесть регионов России. В 1999 г. началась работа, направленная на оказание помощи пострадавшим в связи с военными действиями в Чечне, важной частью которой стало развитие специализированных психологических служб в тех регионах России, куда выехало наибольшее количество покинувших Чечню людей: в Астраханской, Волгоградской, Саратовской и Ростовской областях, Ставропольском и Краснодарском краях. Программы психологической поддержки осуществляются в тесном сотрудничестве с кафедрой психологии личности факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова и Научно-практическим центром психологической помощи «Гратис».

Работа сотрудников указанных центров реализуется, как правило, на верхнем уровне – поддерживающей терапии и консультирования, так как объект помощи – относительно здоровые люди, попавшие в кризисную ситуацию. Их защитные механизмы оказались недостаточно мощными или не сработали, вследствие чего «глубокое проникновение не является необходимым, а часто и нежелательно». Особенностью поддерживающей терапии является ее направленность на восстановление или поддержание состояния в пределах нормы, что определяется актуальными потребностями клиентов.

Принципиально новой задачей, вставшей перед сотрудниками Российского общества Красного Креста и центра «Гратис», является преодоление ксенофобии и формирование позитивного отношения местного населения к мигрантам, без чего невозможна их успешная адаптация к новой среде (Г.У. Солдатова, Л.А. Шайгерова, О.Д. Шарова, 2000). Тем самым культурно ориентированная деятельность российских психологов охватывает не только вынужденных мигрантов, но и местное население. Психологическая работа с принимающим населением включает в себя повышение культурной сензитивности к мигрантам различных национальностей, готовности к принятию различий, сочувствия, сопереживания.

Таким образом, существует ряд факторов, активно влияющих на психическое здоровье населения, в том числе отдельных этнических групп. Не менее перспективным направлением культурно ориентированной медико-социальной помощи в мультикультурных сообществах является системный психогигиенический подход. Также важно отме-

тить, что на сегодняшний день в странах евразийского пространства отсутствуют результаты исследований, ориентированные не только на контингенты психически больных, но и на все население страны и его отдельные сообщества. Между тем во многих из них в связи с непрерывными изменениями в демографической и социокультурной ситуациях вопросы здоровья этнических меньшинств и мигрантов носят довольно злободневный характер. Одной из таких стран, где острота проблем психического здоровья сочетается с большим научным потенциалом по их изучению, сегодня является Казахстан.

11.2. Особенности социокультурной ситуации в Казахстане

Казахстан (Республика Казахстан) – девятая по площади страна в мире (2725 тыс. кв. км), находящаяся в Центральной Азии и Европе, граничащая на севере и западе – с Россией, на востоке – с Китаем, на юге – с Киргизией, Узбекистаном и Туркменистаном и омывающаяся водами внутриконтинентальных Каспийского и Аральского морей.

После фактического распада СССР Казахстан провозгласил свою независимость последним из всех союзных республик (16 декабря 1991 г.). Сразу же после этого в числе одиннадцати бывших республик СССР им была подписана совместная Декларация о целях и принципах СНГ (Алма-Ата, 21 декабря 1991 г.), а затем в числе пяти республик – Договор о коллективной безопасности (Ташкент, 15 мая 1992 г.). Казахстан – унитарная республика президентско-парламентского типа, главой государства и верховным главнокомандующим которой является Президент. Столицей страны является г. Астана.

Согласно переписи 2009 г. численность населения Республики Казахстан официально составляет 15 млн 847 тыс. 952 чел. По состоянию на 1 мая 2009 г. количество казахов в республике охватывает около 67,47%. Помимо казахов к тюркоязычным этническим группам в стране также относятся узбеки (2,69%), уйгуры (1,41%), татары (1,46%) и значительно меньшие группы месхетинцев, туркмен, киргизов, азербайджанцев, башкир. Наибольшее по численности этническое меньшинство образуют русские (18,09%). Следующими этническими группами европейского происхождения являются украинцы (2,76%) и немцы (1,36%). К проживающим в Казахстане народам кавказского происхождения относятся: армяне, грузины, чеченцы, черкесы, осетины. Кроме того, в республике имеются незначительные группы ираноязычных меньшинств – курды и персы.

Несмотря на то что государственным языком в Казахстане является казахский, преобладающая часть населения продолжает общаться на русском языке. Этот язык имеет статус официального, и им владеет 83,1% населения страны. Русский язык особенно распространен в крупных городах и на севере республики, где проживает наибольшая часть русского этнического меньшинства. Также и казахи (преимущественно верхние и средние социальные слои), живущие на севере страны, говорят на русском языке, как на родном. Следует отметить, что благодаря стараниям Правительства РК происходит неуклонное возрастание роли казахского языка, на котором сейчас общается около 56% жителей Казахстана. В республике существует обязательное девятилетнее школьное образование. Доля неграмотных составляет около 0,3%.

Казахстан является светской поликонфессиональной страной. Среди существующих в Казахстане религий наибольшее распространение получили ислам и христианство. По данным, предоставленным посольством РК в Великобритании в 2007 году, ислам практикуют приблизительно 70% населения, христианство – 25%,. Около 5% жителей исповедуют другие религии.

Ислам стал доминирующей религией на территории Казахстана с VIII столетия. В период вхождения Казахстана в состав СССР религиозная жизнь его последователей, так же как и многих других религиозных конфессий, была практически полностью ограничена – многочисленные мечети были разрушены или использовались в качестве подсобных помещений. С момента обретения независимости в 1991 г. в Казахстане, как и в других центрально-азиатских республиках, началось активное возрождение ислама. Уже в 1991 г. в стране открылось свыше 170 мечетей и 230 мусульманских общин. Финансовая поддержка в то время исходила из Турции, Египта и Саудовской Аравии. Необходимо отметить, что ислам в Казахстане является скорее либеральным и занимает большое место в жизни лишь незначительной части населения. Многие казахи и другие мусульманские народы ведут в большей степени светский образ жизни и обращаются к религиозным обрядам по большим праздникам, таким как Рамадан или Наурыз (старинный восточный праздник весны, синкретически связанный с древними языческими обычаями).

Наибольшую часть среди казахстанских христиан составляют прихожане Русской православной и, в меньшей степени, Армянской и Греческой ортодоксальных апостольских церквей. Казахстанские немцы являются преимущественно лютеранами (Евангелическая лютеранская церковь в Казахстане) или меннонитами. Кроме этого в Казахстане

имеются адвентисты седьмого дня. Многие бывшие выходцы из стран Восточной Европы и их потомки в Казахстане являются католиками. В городах также существуют небольшие общины Свидетелей Иеговы.

Мультикультурное своеобразие Казахстана во многом связано с историческими особенностями развития республики в XX в. В ходе масштабной кампании по коллективизации в СССР в 1930-х гг., когда по всей стране у населения изымался скот и запасы продовольствия, от последствий голода погибли миллионы людей. Число умерших в Казахстане насчитывает около 1 млн чел., большинство из которых составляли казахи. В предвоенный период 1935-1940 гг. Казахстан являлся местом поселения депортированных поляков Западной Украины, Белоруссии и Литвы. В годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) в Казахстан в числе других народов были также депортированы немцы Поволжья, чеченцы и ингуши. В 1950-1960 гг. в связи с реализацией в СССР Программы освоения целины силами представителей всех республик в Казахстан прибыло и осталось на постоянное жительство более одного млн человек – большинство из них составили жители России, Украины и Белоруссии.

Таким образом, на протяжении многих лет Казахстан был единственной республикой на территории бывшего СССР, в которой титульное население не составляло большинства. Лишь в последние годы удельный вес казахов в республике достиг пятидесятипроцентной отметки. Тем не менее доля неказахского населения страны с момента обретения страной независимости продолжает неуклонно сокращаться. Причинами этому являются следующие факторы. Во-первых, высокие показатели рождаемости среди сельских казахов в сравнении с другими группами населения. Во-вторых, ежегодная репатриация более 100 тыс. казахов из сопредельных государств в рамках долгосрочной правительственной программы по возвращению в страну около 5 млн этнических казахов. В-третьих, низкая рождаемость и эмиграция из страны представителей неказахских этносов. Наибольшим на сегодня эмиграционным потенциалом обладают этнические русские и немцы, проживающие в Казахстане.

11.3. Историческая и этнопсихологическая характеристика немецкого этноса в Казахстане

В истории появления и расселения немцев в Казахстане можно выделить несколько этапов, которые определяют актуальные условия существования и формирования биологических, психологических и

социокультурных детерминант психического здоровья (В. Кригер, 1999; В. Бруль, 1999).

I. Дореволюционный период. Переселение в этот период носило добровольный характер и проходило при поддержке государства. Перепись населения 1926 г. выявила в республике 51000 немцев. География расселения немцев охватывала те же участки, что у русских и украинских переселенцев: Кокчетавский, Омский и Акмолинский уезды Акмолинской области, Кустанайский уезд Тургайской области и Павлодарский уезд Семипалатинской области. Немецкие деревни, как правило, не образовывали сплошных ареалов заселения, а располагались «гнездами» в два-четыре селения. От окружающего их населения немцы отличались более высоким уровнем грамотности, общей и бытовой культуры. Более половины немецкого населения были здесь католиками. Наряду с данной доминирующей тенденцией имелись и отдельные группы, переселившиеся в Казахстан во времена столыпинских реформ и, по свидетельству очевидцев, практически полностью перенявшие традиции местного населения. Показателем глубины ассимиляционного процесса является одно из описаний поведения представителей этой группы в общении со своими соотечественниками: «...войдя в кабинет к председателю, они говорили не «Guten Tag!» и даже не «Здравствуйте!», а торжественно-громко провозглашали: «Ассалаумгалеюкум!», садились не на стулья, а на палас, складывали на турецкий лад под себя ноги, не снимали головных уборов, закладывали за губу насвай (жевательный табак) и поплевывали, цвиркали между зубов слюной...» (Г. Бельгер, 1998).

II. Межвоенный период (1917 – 1941-е годы). В это время миграционный поток немецкого населения в республику нарастал, и эмиграция имела преимущественно принудительный характер, связанный с депортацией немцев и представителей некоторых других народов в Казахстан. Только в 1936 г. в Северо-Казахстанскую и Карагандинскую области было депортировано 63976 человек, из них 23% составили немцы (Казахстан в цифрах..., 1990). В 1939 г. в республике проживало или находилось в лагерях 92000 немцев. Это составляло 1,5% общей численности населения в Казахстане. Следует отметить, что подавляющее большинство интеллектуальной немецкой элиты не приняло революции: часть ее активно боролась против большевиков в составе белых армий, другие эмигрировали. Оставшиеся играли при новой власти маргинальную роль: многие из них чувствовали себя больше русскими, чем немцами. Тотальная депортация 1941 г., впрочем, показала, что власти смотрели на этот вопрос по-другому (В. Кригер, 1999).

III. Депортации, лагеря принудительного типа, режим спецоселений (1941 – 1955-е годы). Насильственная депортация народов в Казахстан – трагическая страница в истории немецкого этноса. 26 августа 1941 года Правительство СССР и ЦК ВКП(б) приняли постановление «О переселении из Республики немцев Поволжья, Саратовской и Сталинградской областей в другие края и области». В число других краев входили Сибирь и Казахстан. Операция была проведена жестко и энергично, всего за три недели. Общее число вывезенных из Республики немцев Поволжья в Сибирь и Казахстан – 365,5 тыс. человек, из них в Казахстан – 67,4 тыс. С учетом уже вывезенных из Сталинградской и Саратовской областей общее количество достигло 438, 4 тыс. человек (Е.Ю. Садовская, 2001). Органами внутренних дел в период войны были взяты на учет в спецпереселения и немцы, обосновавшиеся в Казахстане десятки лет назад. На них был распространен режим, установленный для всех депортированных.

Анализируя психологические последствия этой беспрецедентной по своей жестокости политической акции, нельзя не отметить их двойственный характер. Ситуация тотальной дискриминации приводила к тому, что «этническая принадлежность индивида против его собственной воли и желания становилась чересчур значимой характеристикой его бытия и сознания, начинала определять его место в обществе, комплекс прав и обязанностей, а в его самоидентификации выходила на одно из первых мест» – синдром навязанной идентичности (Н.М. Лебедева, 1997). В то же время предпринимались все меры, чтобы народ за короткий период был лишен не только своей земли, но и языка, истории, культуры и родственных связей, чему немало способствовало дисперсное расселение немцев среди казахстанских сел. Немецкий писатель Г. Бельгер приводит в связи с этим устойчивое казахское сравнение: «разбросаны как кизяк в степи», а самой политике депортации дает не менее удачное определение – манкуртизация (по описанному в известном романе Ч. Айтматова изготовлению кочевыми племенами безработных рабов) (Г. Бельгер, 1998). Свообразным проявлением этой двойной политики явилось и позволение немецким комсомольцам и коммунистам оставаться членами соответствующих организаций. По мнению историка В.Э. Кригера (1999), сложно было придумать более гротескную ситуацию: «...на фоне обвинений в шпионаже и потенциальной измене, высылке в восточные районы страны, физического и морального уничтожения собственного народа сидеть на партийных собраниях и слушать разглагольствования о ленинско-сталинской национальной политике, а потом проводить агитационно-пропагандистские мероприятия среди замордованных соотечественников».

Проводя ретроспективный клинический анализ психического состояния переселенцев в данный период, следует признать его полное соответствие аномическому варианту расстройства адаптации с такими ведущими последствиями психосоциального стресса, как социальная отгороженность, отчужденность, астения, тревога, депрессия и апатико-гипобулические расстройства (Б.С. Положий, 2001). Достоверно точно, почти клинически, очерчено описание судьбы одного из таких депортированных (Г. Бельгер, 1998): «Один наш дальний родственник поведал о том, как, вернувшись из Трудармии, долго искал свою семью. Жена его погибла в Трудармии, где-то за Полярным кругом. Дети остались беспризорными, и судьба их была неизвестна. После долгих поисков напал на след одного из своих сыновей – мальчишки лет десяти-одиннадцати. Нашел его в одной деревни, возле чьего-то дома. Изможденный, высохший, грязный мальчик ковырялся пальцем в земле, извлекая оттуда прошлогодние, проросшие зерна и отправлял их в рот. Отец окликнул мальчика и остолбенел: это был живой скелет с глубоко запавшими белесыми застывшими глазами. В них не было ничего, кроме страха, боли и смертельной тоски. Отца, понятно, он не узнавал... Отогреть душу мальчика так и не удалось. Он вырос, окреп, стал хорошим животноводом, обзавелся семьей, растил своих детей, но душа его была убита в раннем детстве, преодолеть боль и унижения сиротства он был уже не в силах».

IV. Период относительной нормализации (1956 – 1986-е годы). Четвертая миграционная волна носила добровольно-вынужденный характер (В. Бруль, 1999). После окончания войны шло воссоединение немецких семей. Многие приехали с этой целью в республику. С отменной спецпоселений значительное число депортированных и репрессированных немцев перебрались из Сибири и районов Крайнего Севера в Казахстан с его более мягким климатом. Среди верующих (к ним относилось абсолютное большинство немцев) было устойчивым мнение о том, что в Казахстане легче отправлять религиозные традиции и обряды. Перепись населения 1959 г. выявила в Казахстане 660 000 человек немецкой национальности. Они были расселены по всем областям и районам республики и в большинстве населенных пунктов. Наибольшая часть приходилась все же на северные регионы. Депортированные из разных территорий СССР немцы жили теперь смешанно как между собой, так и с представителями других народов. Практически не осталось чисто немецких сел дореволюционного типа, с однородным конфессиональным составом. В целом немцы составляли уже 7,1% общей численности населения республики. Констатируя последствия депортационной политики, следует признать, что ссылка привела к духовному разрыву

значительной части немецкого населения с так называемой советской моралью и образом жизни. Традиции протестантских общин, их автономность и самодостаточность в обрядовых и вероисповедальных вопросах, масса самостоятельных проповедников и толкователей Библии объясняют, по мнению В.Э. Кригера (1999), высокую степень религиозности немцев (Депортации народов ..., 1992). Среди немецкого сообщества большое распространение получили различные апокалипсические воззрения, фатализм, уход из реальной жизни. Реальностью стало замыкание в семье, в узком кругу родственников или в религиозной общине. Обращаясь к уже упомянутой типологии психических нарушений вследствие психосоциального стресса (Б.С. Положий, 2001), можно отметить чрезвычайную близость описанных особенностей ментальности к магифреническому расстройству адаптации. Как известно, данный феномен определяется доминированием в мышлении сверхценных, а иногда и бредоподобных идей мистического, иррационального содержания, противоречащих современным научным представлениям и не свойственных данному обществу. В нашей ситуации этот тип адаптации можно рассматривать как своеобразную попытку этноса сохранить свою культурную идентичность в условиях сегрегационной политики СССР.

Для того чтобы лучше понять сепаратистскую направленность немецкого этноса, типичную для данного периода, необходимо сделать также небольшое отступление в историю (В. Кригер, 1999). В первые месяцы 1941 г. в результате стремительного продвижения германских войск под оккупацией оказались около 300 тыс. немцев Украины. При отступлении они были вывезены на Запад и в 1944 г. приняты в немецкое гражданство. После разгрома гитлеровской Германии большинство из них были добровольно-принудительно репатриированы в СССР. Их, естественно, обманули и вернули не на малую родину, как обещали репатриационные комиссии, а раскидали по всей стране. К первому августа 1950 г. состояли на учете 208 тыс. репатриантов, в т.ч. в Казахстане 42850 (Депортации народов ..., 1992). Получив рабочие специальности на лесоповалах и стройках, репатрианты видели свое будущее в Германии, с которой их связывали оставшиеся там родственники, земляки и знакомые. Это стремление облегчалось тем, что с середины 1950-х гг. началось знаменитое «немецкое чудо» – Западная Германия, отринув тоталитарное прошлое, стала на путь рыночных реформ. Экономика страны быстро восстанавливалась, так что без работы никто бы не остался. На спецоселении в последующие десятилетия репатрианты породнились с поволжскими, кавказскими, крымскими и другими немецкими субэтническими группами, что значительно расширило круг потенциальных эмигрантов. К концу 1970-х годов

выезд по этой линии принял угрожающие по меркам системы масштабы, дискредитируя общество «развитого» социализма (В. Pinkus, I. Fleischhauer, 1987). В целях предотвращения нежелательной тенденции были подготовлены указ Президиума Верховного Совета ССР об образовании Немецкой автономной области в составе Казахской ССР и соответствующий проект закона (История российских немцев ..., 1993). Решение по этому вопросу принималось закусочно, мнением ни немецкой, ни казахской общественности никто не интересовался. После возникновения массовых беспорядков и протестов местного населения вопрос этот был с повестки снят, но данная акция испортила отношения между казахским и немецким населением, насторожила республиканскую элиту (В. Кригер, 1999). К тому времени вследствие ряда объективных причин (невозможность изучения родного языка, ограничение поступления в ряд республиканских вузов) на передний план все больше стали выступать ассимиляционные стратегии.

В качестве группы контакта рассматривалось в первую очередь славянское население, которое обладало сходной культурой, находилось в привилегированном положении и являлось носителем общих с немецким этносом фенотипических признаков. В 1984 г. 62% немцев Кокчетавской и 75% Кустанайской области вступили в межнациональные браки. При переписи 1970 г. 75% немцев Казахстана называли родным языком немецкий, в 1979 г. – 62%, в 1989 – только 54%. На самом же деле положение было еще хуже. По данным республиканского общества «Wiedergeburt», только 8-10% немецкого населения владели нормативным немецким языком (В. Бруль, 1999). Любопытна оценка данной ситуации тогдашним посольством Германии в СССР. В феврале 1972 г. оно направило в Бонн сообщение «О культурном состоянии российских немцев», где был сделан вывод, что культура немцев Казахстана еще жива, однако этому серьезно препятствует недоверие Советского Союза. Высказывалась озабоченность односторонней ориентацией на ГДР и искусственным замалчиванием жизни в ФРГ (Немцы в России и СНГ..., 1998).

V. Период массовой эмиграции в Германию – обретение независимости Республики Казахстан – настоящее время (1987–2006 годы). После вступления 1 января 1987 г. в силу закона «О преодолении последствий войны» начался лавинообразный процесс эмиграции в Германию. За первые три года действия нового положения разрешение на выезд из Казахстана получило 74775 чел., с 1990 по 1993 гг. – 320167 чел. (Архив Казахстана по статистике. Ф. 698. Оп. 21). Представляет интерес, что миграционный процесс шел на фоне уже завершающейся ассимиляции. Так, исследование бiculturalных семей, проведенное ев-

ропейским университетом Виардина (Франкфурт-на-Одере) и кафедрой немецкого языка Казахско-турецкого университета им. Ясауи (Шымкент) (А.Н. Яцухин, 1999) показало, что хотя подавляющее большинство опрошенных ощущало свое бикультурное происхождение как обогащение и хотело бы воспитывать своих детей в бикультурных семьях, более 50% информантов отрицательно ответили на вопрос: «Может ли иностранец при посещении Вашей квартиры узнать, к какой национальности вы принадлежите?». Данный ответ означал, что квартира имела «европейский дизайн». Несмотря на то, что 64% респондентов имели твердое намерение уехать в страну, где родились их предки, для 56% опрошенных понятие национальности было нерелевантным.

Обретение в 1991г. Республикой Казахстан статуса суверенного государства существенно повлияло на аккультурационные стратегии немецкого меньшинства. Если до этого времени государственным языком в Казахстане был русский, которым владело абсолютное большинство малых этносов республики, то переход на казахский язык был воспринят как очередное отчуждение от родной культуры (В. Dietz, 1997). Дальнейшее следование традициям славянской культуры в сложившейся ситуации означало бы постепенный переход в маргинальное состояние, и выбор сепаратистского пути аккультурации кажется поэтому вполне естественным. Повышение оценки собственной этнической принадлежности, очевидно, связано также с распадом советской морали и соответствующим нарастанием привлекательности стран дальнего зарубежья.

Показательны результаты сравнительного социологического исследования этнических меньшинств, осуществленного в Казахстане в 1986 г. при поддержке фонда им. Ф. Эберта (Н. Масанов, 1996). В немецком этносе, в отличие от корейского и уйгурского, было выявлено большее недовольство в удовлетворении своих прав на образование, свободу и личную неприкосновенность, а также прав на равную защиту законом, на труд и равную оплату за равный труд. Сепаратистская направленность немецкого меньшинства проявилась в их большей склонности апеллировать к своему культурному центру при возникновении этнических конфликтов, нежели к государственным органам власти. Соответственно этому прослеживается и отсутствие интереса к ассимиляции в казахскую культуру. Так, на вопрос: «Должны ли знать и изучать народы Казахстана казахский язык?» – ответили положительно только 52,8% немцев (в сравнении с 79,6% уйгуров и 72,8% корейцев). Обращает на себя внимание диссоциация ответов, касающихся межэтнических конфликтов. В частности, на вопрос: «Испыты-

ваете ли Вы или Ваша семья какое-либо ущемление по национальному признаку?» – выразили согласие 42,0% немцев, 35,3% уйгуров 19,1% корейцев. В то же время на вопрос: «Что Вы будете делать, если станете жертвой дискриминации по этническому признаку?» большая часть немецких информантов (34,2%) заявила, что промолчит и забудет (в сравнении с 25,4% корейцев и 24,6% уйгуров). Складывается впечатление, что эта «психологическая толерантность» обусловлена миграционной настроенностью информантов. И, действительно, на вопрос: «Если бы у Вас была возможность уехать из Казахстана, уехали бы вы?» 53,2% немцев и только 18,6% уйгуров и 16,7% корейцев ответило, что уехали бы, не задумываясь. Несмотря на это, чувство идентификации со своей этнической общностью было выражено меньше всего именно у немецких респондентов – 21,8% (в противоположность 37,9% корейцев и 28,1% уйгуров). Косвенным подтверждением слабости этнического самосознания этих информантов является и преобладание ответов, в которых они определяли себя преимущественно как «члена своей семьи» – 56,5% немцев (против 42,5% уйгуров и 29,0% корейцев).

Несмотря на данные показатели, привлекательность Германии как исторической родины (или наиболее доступной экономически развитой страны дальнего зарубежья) продолжала стимулировать миграционные потоки и влиять на выбор этнической принадлежности. Из почти миллионной немецкой диаспоры, проживающей, согласно последней советской переписи населения в 1989 г., в Казахстане, до 80% выехало за пределы республики. Согласно данным текущей статистики 1999 г., число оставшихся немцев составило примерно 150 тыс. человек (Краткий статистический ежегодник ..., 1999). Первая национальная перепись, произведенная в том же году, показала, что немецкое население составляет около 353 тыс. человек (Национальный состав ...2000). Несоответствие в данных можно предположительно объяснить тем, что граждане, имевшие отдаленное немецкое родство или родившиеся в межнациональных браках, ранее фиксировали в паспорте национальную принадлежность одного из родителей (родственников), но не немецкую (Е.Ю. Садовская, 2001). Ныне они стремятся зафиксировать в идентификационных документах, а также данных переписи немецкую национальность, чтобы иметь возможность легального выезда в Германию.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об очевидных трансформациях этнического самосознания в зависимости от условий конкретного исторического периода. Общественный статус малой этнической группы влияет на индивидуальный выбор принад-

лежности к тому или иному этносу, что может находить свое отражение в показателях Государственной статистики. При проведении этнокультурных исследований малых народов следует рассматривать групповые и индивидуальные стратегии аккультурации как наиболее важные социальные корреляты психического здоровья. Установленные особенности условий конкретного исторического периода соответствуют инструментальной концепции этнического сознания, которое, по словам одного из видных теоретиков подхода I. Wallerstein (1979), «...реализуется только в тех случаях, когда группа чувствует либо опасность, угрожающую ей потерей ранее приобретенных привилегий, либо, наоборот, считает данный момент удобной политической возможностью приобрести долгожданные привилегии».

Глава 12

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЭТНИЧЕСКИХ НЕМЦЕВ В КАЗАХСТАНЕ

Теоретическое обоснование и практическая реализация разрабатываемого инструментального подхода изучения психического здоровья этнических меньшинств определялись структурой построения исследования и последовательностью выполнения его этапов. В качестве важнейших инструментальных принципов изучения психического здоровья малых этносов мы рассматривали выделение специфических социальных интересов (стратегий), а также стрессоров и ресурсов. Сведения, представленные в настоящей и последующих главах, основаны на результатах исследования, включавшего в себя две последовательные фазы: скрининговое обследование и диагностическое интервью.

12.1. Организация исследования психического здоровья этнических немцев в Казахстане

Характеристика участников исследования. Объектом комплексного исследования явились четыре выборки немецкого этнического меньшинства в Казахстане, насчитывающие в общей сложности 541 человек. Обследование проводилось преимущественно в местах компактного поселения немцев (североказахстанские области и города, а также Алма-Ата и Алма-Атинская область). Из общего массива не-

мецкого населения указанных регионов нами были выделены отдельные социальные группы. Принципом выделения явились групповые социальные стратегии изучаемого этнического меньшинства, а именно стратегии на ассимиляцию, интеграцию, консолидацию и эмиграцию. Определение и формирование выборок осуществлялось с помощью экспертов Совета немцев Казахстана. Соответственно этому были выделены следующие социальные группы:

А. Социальная группа со стратегией на ассимиляцию (депортированные и переехавшие в Казахстан в период 1941-1955 гг. лица: трудармейцы, репрессированные) – 150 обследуемых (46 мужчин и 104 женщины, средний возраст: $76,58 \pm 5,28$ и $72,11 \pm 4,98$ года).

В. Социальная группа со стратегией на интеграцию – 150 обследуемых (90 мужчин и 60 женщин, средний возраст: $48,96 \pm 10,78$ и $49,52 \pm 11,61$ года).

С. Социальная группа со стратегией на консолидацию (члены Союза немецкой молодежи) – 92 обследуемых (22 мужчин и 70 женщин, средний возраст: $20,83 \pm 1,94$ и $19,79 \pm 2,29$ года).

Д. Социальная группа со стратегией на эмиграцию (участники немецких языковых курсов) – 149 обследуемых (55 мужчин и 94 женщины, средний возраст: $35,25 \pm 11,24$ и $37,70 \pm 14,37$ года).

Имеющиеся внутригрупповые различия по возрасту и полу нивелировались нами посредством стратификации. Межгрупповые различия по полу и количеству участников учитывались с соответствующими статистическими поправками.

Главным и единственным критерием включения в обследование было соответствие обследуемых респондентов выделенным социальным группам.

Критериями исключения из обследования явились:

- установленное психическое заболевание в анамнезе;
- обострение хронического соматического заболевания к моменту обследования;
- острое соматическое заболевание к моменту обследования.

Строгое соблюдение критериев исключения способствовало уменьшению значимости биологических факторов и позволило сконцентрироваться преимущественно на социальных детерминантах. Следует отметить, что при оценке влияния микросоциальных стрессоров часть обследуемых, совмещающих учебу с различными формами временной работы, рассматривались нами в категории рабо-

тающих. Указанный в таблицах признак «уровень благосостояния» является субъективным параметром, самостоятельно оцениваемым обследуемым по трехбалльной шкале.

Анализ респондентов по возрастному признаку позволил выявить следующие закономерности. Если средний возраст участников группы А составил 60-79 лет (74,7-56,0%), то у респондентов группы В он охватывал интервал от 40 до 59 лет (68,6%). Для обследуемых группы D этот промежуток соответствовал 20-39 годам (57,0%), а для участников группы С он составлял 20-29 лет (52,1%). Таким образом, исследование охватило практически все возрастные группы изучаемого этноса.

Распределение обследуемых по семейному положению показало, что наибольшее количество лиц, состоящих в браке, было представлено в выборке лиц со стратегией на интеграцию (75,0%). Следующей по численности женатых и замужних является группа лиц со стратегией на эмиграцию (55,0%) и далее группы респондентов со стратегиями на ассимиляцию (38,0%) и консолидацию (22,8%). При этом находящиеся в браке респонденты из последней выборки были представлены в основном женщинами (18,5%). Учитывая молодежный состав данной группы, следует отметить естественное преобладание в ней холостых и незамужних лиц (75,0%). Следующей по преобладанию лиц, не состоящих в браке, явилась выборка со стратегией на эмиграцию (23,5%), с большим отрывом от которой следовали группы со стратегией на интеграцию (7,3%) и ассимиляцию (5,3%). Изучение параметра пребывания в разводе позволило установить наибольшую представленность разведенных лиц среди респондентов со стратегией на эмиграцию (11,4%). Приблизительно одинаковой была доля разведенных в выборках со стратегией на интеграцию (9,3%) и ассимиляцию (7,3%). Следует отметить, что в последней названной группе отмечалось абсолютное преобладание женщин. Наконец, среди респондентов выборки со стратегией на консолидацию вовсе не отмечалось разведенных лиц, что вновь связывается нами с молодежным составом этой группы. В противоположность этому удельный вес вдовых респондентов был наибольшим среди лиц со стратегией на ассимиляцию (49,3%), как наиболее пожилых участников обследования. Далее следовали выборки со стратегией на эмиграцию (10,1%), интеграцию (7,3%) и консолидацию (2,2%).

Таким образом, анализ параметров семейного положения выявил специфические различия между обследуемыми группами. Исключая разницу, обусловленную возрастными особенностями, наибольшее количество разведенных, холостых и вдовых лиц было закономерно обнаружено в группе со стратегией на эмиграцию, тогда как преобла-

дание женатых и замужних респондентов отмечалось в выборке респондентов со стратегией на интеграцию.

Следующим изучаемым нами социально-демографическим параметром явилось количество детей. Как и следовало ожидать, отсутствие детей регистрировалось в первую очередь (82,6%) среди членов молодежного клуба (выборка со стратегией на консолидацию). Относительно большое количество бездетных лиц (24,2%) было выявлено также в группе потенциальных мигрантов. Далее следовала выборка со стратегией на интеграцию (18,7%), и наименьшее количество бездетных было найдено среди респондентов со стратегией на ассимиляцию (8,0%). Лица, имеющие только одного ребенка, были с наибольшим удельным весом (38,9%) представлены в группе с эмиграционными тенденциями. Следующими по данному параметру оказались выборки со стратегией на интеграцию (30,0%) и ассимиляцию (26,0%). Среди членов молодежного клуба лишь у (17,4%) имелся один ребенок. Респонденты группы со стратегией на ассимиляцию в преобладающем большинстве случаев имели двоих детей (40,7%). Двое детей регистрировалось также у трети лиц со стратегией на интеграцию (36,0%). В выборке обследуемых с эмиграционными тенденциями двое детей имели только 26,8% участников. Наконец, в группе лиц со стратегией на консолидацию ни в одном случае не отмечалось респондентов с двумя детьми. Сходная закономерность была установлена нами по признаку «трое и более детей». Лидирующее место здесь также занимала группа со стратегией на ассимиляцию (25,3%), следующими по данному признаку были выборки с интеграционной (15,3%) и эмиграционной (10,1%) стратегиями.

Анализируя установленные различия, нетрудно отметить, что если среди представителей группы со стратегией на эмиграцию преобладала тенденция к бездетности и меньшему количеству детей, то группа с ассимиляционной стратегией характеризовалась противоположными особенностями.

Распределение участников исследования по образовательному уровню выявило следующие закономерности. Значительная представленность лиц с начальным уровнем образования (66,0%) отмечалась в группе со стратегией на ассимиляцию. Данный факт объясняется особенностями судьбы данного контингента обследуемых, которым помешало завершить образование депортация и последующая сегрегационная политика СССР. Значительно меньшее количество лиц с начальным образованием регистрировалось в выборках со стратегиями на эмиграцию (3,5%) и интеграцию (2,0%). Среди респондентов – членов молодежного клуба ни в одном случае не было лиц с начальным уров-

нем образования. Незаконченное среднее образование приблизительно с равной долей было представлено среди выборок со стратегией на интеграцию (19,3%), на консолидацию (15,2%) и на эмиграцию (14,7%). Удельный вес лиц со средним образованием был наиболее высоким среди лиц со стратегией на интеграцию (36,6%) в противоположность группам с эмиграционным (24,2%), ассимиляционным (20,7%) и консолидационным (20,6) поведением. В последней группе, как и следовало ожидать, регистрировалось преимущественно незаконченное высшее образование (56,5%), в то время как в выборках со стратегией на эмиграцию и интеграцию оно занимало меньшее место – (25,5%) и (21,3%). Наконец, высшее образование с наибольшей частотой (32,2%) регистрировалось в группе потенциальных мигрантов (32,2%) и далее среди лиц со стратегией на интеграцию (20, 7%), ассимиляцию (13,3%) и консолидацию (7,6%).

Анализ обследуемых групп по роду профессиональной деятельности показал наибольший удельный вес рабочих и крестьян (30,0%) в выборке со стратегией на интеграцию. В группах с эмиграционными и консолидационными стратегиями данный вид занятости занимал гораздо более скромное место – (17,5%) и (4,35%) соответственно. Такая же закономерность была установлена и в отношении служащих. В выборке лиц со стратегией на интеграцию они насчитывали (34,7%), а в группах респондентов с эмиграционными и консолидационными тенденциями эти доли составили (20,8%) и (11,9%) участников. Таким образом, выборка лиц со стратегией на интеграцию содержала наибольшее количество профессионально занятых лиц. Соответственно этому в данной группе было наименьшее количество учащихся (4,0%), пенсионеров (18, 7%) и безработных (9,3%). Наиболее высокий процент учащихся закономерно регистрировался среди членов молодежного клуба (67,4%) и потенциальных эмигрантов (16,8%). Доля пенсионеров в выборке эмигрантов составила (15,4%), и в этой же группе был наибольший удельный вес безработных лиц (29,5%). Среди членов группы со стратегией на консолидацию количество безработных было значительно меньше (29,5%). Следует отметить, что индивидуальное предпринимательство как отдельный вид деятельности регистрировалось нами только в группе лиц со стратегией на интеграцию, причем исключительно среди мужчин (7,3%).

Распределение респондентов по субъективно оцениваемому параметру благосостояния позволило установить следующие закономерности. С наибольшей частотой регистрировали низкий уровень материального достатка лица со стратегией на ассимиляцию (43,3%),

далее респонденты из групп со стратегией на консолидацию (25,0%), эмиграцию (24,8%) и интеграцию (22,6%). Показательно, что среди лиц со стратегией на интеграцию чаще регистрировалась также средняя удовлетворенность своим благосостоянием (69,3%). В группе участников со стратегией на эмиграцию, консолидацию и ассимиляцию этот уровень отмечался с частотой в 59,1; 54,4 и 46,0%.

Наиболее высокие показатели удовлетворенности своим материальным достатком были также установлены у членов молодежного клуба (20,6%). Остальные участники обследования были более скромны в оценке своих материальных ресурсов. Среди респондентов групп со стратегиями на эмиграцию, интеграцию и ассимиляцию данный уровень был зарегистрирован в 16,1%, 12,0% и 10,7% случаев.

Проведенный анализ социально-демографических показателей, характерных для респондентов обследуемых групп, позволил нам составить типичные социальные портреты их представителей:

- группа лиц со стратегией на ассимиляцию:

Мужчина – 76,58±5,28 года, женат, имеет двоих детей, школьное образование, в настоящее время пенсионер, характеризуется низким уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

Женщина – 72,11±4,98 года, вдова, имеет двоих детей, школьное образование, в настоящее время пенсионерка, характеризуется низким уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

- группа лиц со стратегией на интеграцию:

Мужчина – 48,96±10,78 года, женат, имеет одного-двух детей, законченное среднее образование, по роду профессиональной деятельности рабочий или крестьянин со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

Женщина – 49,52±11,61 года, замужем, имеет двоих детей, законченное среднее образование. По роду профессиональной деятельности – служащая со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

- группа лиц со стратегией на консолидацию:

Мужчина – 20,83±1,94 года, холост, детей нет, имеет незаконченное высшее образование, учащийся со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

Женщина – 19,79±2,29 года, не замужем, детей нет, имеет незаконченное высшее образование, учащаяся со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

- группа лиц со стратегией на эмиграцию:

Мужчина – 35,25±11,24 года, женат, имеет одного ребенка, среднее или незаконченное высшее образование. По роду занятий рабочий/крестьянин или временно безработный со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

Женщина – 37,70±14,37 года замужем, имеет одного ребенка, среднее или незаконченное высшее образование. Временно безработная со средним уровнем удовлетворенности своим материальным благосостоянием.

Методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования мы использовали инструменты, предназначенные для всесторонней оценки как психического здоровья, так и его социокультурных детерминант.

В качестве основного инструмента сбора первичных данных применялась специально разработанная карта, структура которой включала клинический, социодемографический, социальный и психологический разделы. Клинический раздел содержал два опросника, охватывающих состояние психического здоровья респондентов. Для оценки степени выраженности психопатологических проявлений у обследуемых лиц мы использовали Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (L.R. Derogatis, 1987).

Для интегративной оценки функциональной стороны психического здоровья нами был использован Опросник качества жизни SF-12 (J.E. Ware, M. Kosinski, D.M. Turner-Bowker, B. Gandek, 2002).

В социодемографическом разделе были представлены пункты о возрасте, поле, национальности, семейном положении, количестве детей, уровне образования, роде учебной или профессиональной деятельности, уровне благосостояния. Для изучения социальных стрессоров и ресурсов мы применяли следующие инструменты:

- шкала для оценки макросоциальных стрессоров, для изучения этнических меньшинств с пятибалльной оценкой следующих факторов: межнациональные проблемы в стране; языковая проблема в стране; состояние прав человека, беззаконие; коррупция, злоупотребления в органах власти; ухудшение экономического положения; рост преступности, проблема безопасности личности.

- шкала для оценки микросоциальных стрессоров, предполагающая пятибалльную оценку таких факторов, как: физическое напряжение на работе; эмоциональное напряжение на работе; профессиональные вредности; разногласия с коллегами на работе; разногласия с администрацией на работе, разногласия с родственниками; разногласия с супругой.

- шкала для оценки макросоциальных ресурсов, предназначенная для оценки помощи, оказываемой трудармейцам и жертвам политических репрессий (группа А). Предлагаемые для оценки виды помощи включали в себя: получение продуктовых наборов; получение лекарств из гуманитарных аптек; получение лекарств по индивидуальным заявкам; получение предметов медицинского назначения; получение слуховых аппаратов, очков; протезирование зубов; санаторное лечение; получение одежды, постельных принадлежностей; обучение на языковых курсах; участие в культурных и образовательных мероприятиях; подписка и получение газеты DAZ.

Психологический раздел карты содержал предназначенную для оценки микросоциальных ресурсов Шкалу социальной поддержки (M. Frese, 1989). Необходимо указать на незначительное сокращение данного инструмента в соответствии с целями настоящего исследования. В качестве важнейшего личностного ресурса нами рассматривалась самоэффективность, для измерения которой была использована Шкала самоэффективности (A. Bandura, 1969).

Набор респондентов в исследование производился из списков Ассоциации общественных объединений немцев Казахстана по случайному принципу. При заполнении опросников в распоряжении обследуемых обязательно находился автор исследования или предварительно инструктированный социальный работник. Уведомление респондентов о встрече и целях обследования производилось сотрудниками региональных объединений Ассоциации. Анализ результатов скринингового обследования базировался на принципах предложенной нами инструментальной модели изучения этнических меньшинств. Соответственно этому все социальные признаки исследовались в контексте той популяционной группы и отдельных социальных подгрупп, где они были зарегистрированы. С практической точки зрения это означало использование единообразной системы оценки исследуемых параметров вне зависимости от объема конкретных социальных подгрупп. Тем самым создавалась возможность непосредственного изучения вклада параметров в формирование психического здоровья исследуемой группы. Информативность полученных результатов обеспечивалась репрезентативностью выделенных нами выборок исследуемым популяциям. В связи с достаточно большим объемом опросника SCL-90-R и имеющимися сведениями об опыте его адаптации на российских популяциях (Н.В. Тарабина, М.Ю.Щапова, 1998) он был использован нами как основной скрининговый инструмент.

При изучении влияния на психическое здоровье социально-демографических параметров (дисперсионный анализ) нами применялась следующая система оценки различий между подгруппами:

- слабые различия (достоверные различия по 1-2 основным или дополнительным шкалам SCL-90-R);
- умеренные различия (достоверные различия по 3-4 основным или дополнительным шкалам SCL-90-R);
- выраженные различия (достоверные различия по 5 и более основным или дополнительным шкалам SCL-90-R).

Исследование влияния на психическое здоровье социальных стрессоров и ресурсов проводилось нами путем корреляционного анализа. Степени влияния оценивались по общей системе корреляционных связей между показателями стрессора и индексом общей тяжести GSI:

- умеренная корреляционная связь (при $0,30 < r < 0,49$);
- средняя (выраженная) корреляционная связь (при $0,50 < r < 0,69$);
- сильная корреляционная связь (при $r > 0,70$);

Показатели опросника SF-12 использовались нами преимущественно для подтверждения данных опросника SCL-90-R. Последние рассматривались нами при достоверных различиях или корреляционных связях по не менее чем трем шкалам SF-12.

Вторая фаза обследования включала в себя выборочное интервьюирование обследованных респондентов. Цель проводимого интервьюирования заключалась в контроле диагностической информативности используемого в скрининговом обследовании опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Перед началом интервью нами во всех случаях было получено информированное согласие участников. Дополнительным условием, обеспечивающим конфиденциальность обследования, была его полная анонимность. Обследованная методом клинического интервьюирования выборка включала в себя 147 жителей г. Алма-Ата и Алма-Атинской области. В качестве инструмента клинического интервьюирования была использована схема полуструктурированного клинического интервью, основанная на диагностических критериях МКБ-10.

Собранная описанными методами информация составила основу для формирования электронной базы первичных научных данных. Математико-статистическая обработка их производилась с помощью пакета программного обеспечения SPSS (версия 13) (А.Н. Наследов, 2006).

12.2. Клинико-психологическая характеристика психического здоровья исследуемых

Общая характеристика психического здоровья исследуемых групп. Для проверки предположения о различиях в уровне психического здоровья исследуемых групп мы использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), метод сравнения средних после отклонения нулевой гипотезы (Scheffé test). По результатам проверки были выявлены достоверные различия между большинством показателей используемого шкал. На рис. 6, 7 представлено графическое выражение результатов опросников SCL-90-R и SF-12 для каждой выборки в целом. В соответствии с рис. 6 выраженность психопатологической симптоматики была наименьшей – у представителей лиц со стратегией на эмиграцию (группа D) и наиболее высокой среди лиц со стратегией на ассимиляцию – трудармейцев и жертв политических репрессий (группа А). Данная закономерность отмечалась для всех основных шкал опросника SCL-90-R: SOM ($df=3$; $F=50,343$; $p=0,0001$), O-C ($df=3$; $F=12,269$; $p=0,0001$), INT ($d=3$; $F=6,681$; $p=0,011$), DEP ($df=3$; $F=24,912$; $p=0,0001$), ANX ($df=3$; $F=15,617$; $p=0,0001$), HOS ($df=3$; $F=14,121$; $p=0,0001$), PHOB ($df=3$; $F=17,426$; $p=0,0001$), PAR ($df=3$; $F=6,305$; $p=0,0001$), PSY ($df=3$; $F=5,321$; $p=0,001$), а также для индексов GSI ($df=3$; $F=17,251$; $p=0,0001$), PST ($df=3$; $F=4,059$; $p=0,007$) и PSDI ($df=3$; $F=52,734$; $p=0,0001$).

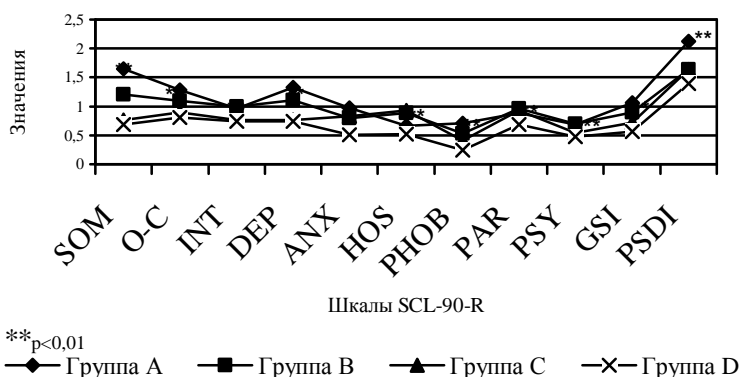


Рис. 6. Показатели шкал опросника SCL-90-R для исследуемых выборок в целом

Соответствующие результаты были получены при сравнении качества жизни респондентов с помощью опросника SF-12. Как свидетельствуют приведенные в рис. 7 данные, респонденты из групп со стратегией на консолидацию и эмиграцию характеризовались самыми высокими показателями качества жизни, в то время как наиболее низкие значения регистрировались у представителей группы с ассимиляционными тенденциями (трудармейцы и жертвы политических репрессий).

Выявленная закономерность была одинаково значимой для всех шкал опросника: PF (df=3; F=101,414; p=0,0001), RP (df=3; F=52,190; p=0,0001), BP (df=3; F=64,915; p=0,0001), GH (df=3; F=70,853; p=0,0001), VT (df=3; F=29,764; p=0,0001), SF (df=3; F=26,912; p=0,0001), RE (df=3; F=105,866; p=0,0001), MH (df=3; F=40,871; p=0,0001).

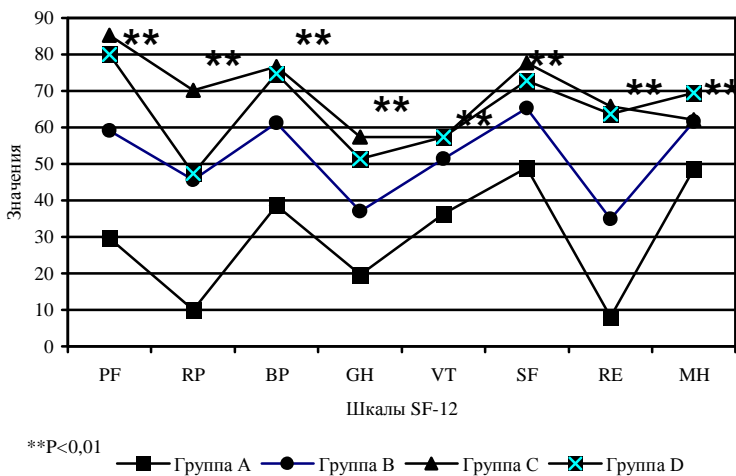


Рис. 7. Показатели шкал опросника SF-12 для исследуемых выборок в целом

Установленная разница в состоянии психического здоровья может быть отчасти объяснена проблемой выборочных исследований. Наиболее низкие показатели качества жизни и высокий уровень психопатологической симптоматики у трудармейцев и жертв политических репрессий, очевидно, связаны с пережитым опытом депортаций, а также возрастными особенностями группы. Аналогичным образом наиболее высокое качество жизни у представителей группы со стратегией на консолидацию может быть объяснено молодежным составом

этой выборки. Вместе с тем последующий анализ влияния на психическое здоровье специфических социально-демографических параметров и особенно социальных стрессоров и ресурсов выявил отчетливую связь и с социальными стратегиями обследуемых групп.

Сопоставление скрининговых результатов с данными, полученными в ходе выборочного клинического интервьюирования, выявило отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$) между сравниваемыми показателями. Таким образом, результаты скринингового обследования характеризовались достаточной степенью достоверности, что дало возможность для проведения дальнейшего углубленного анализа.

12.3. Взаимосвязи социодемографических параметров и психического здоровья исследуемых

Нами были выявлены достоверные значимые различия в уровне психического здоровья исследуемых социальных групп немецкого этнического меньшинства в Казахстане. Выраженность психопатологической симптоматики являлась наименьшей в группе со стратегией на эмиграцию и наибольшей в группе со стратегией на ассимиляцию (трудоармейцы, жертвы политических репрессий). Противоположная закономерность прослеживалась в отношении уровня связанного со здоровьем качества жизни. Наиболее высокие его показатели отмечались в группе лиц со стратегией на консолидацию и группе со стратегией на эмиграцию, а наиболее низкие – в группе лиц со стратегией на ассимиляцию.

Одной из наиболее универсальных переменных, имеющей значение для большинства обследуемых выборок, явился «гендерный признак». Выраженные различия по половому признаку были выявлены в группе лиц со стратегией на эмиграцию, умеренные различия в группах лиц со стратегиями на ассимиляцию и интеграцию. Женщины обнаруживали худшие показатели психического здоровья по сравнению с мужчинами во всех обследуемых группах. Установленные различия в целом соответствуют данным мировой статистики о большей распространенности психических нарушений среди женщин (S. Macintyre, K. Hunt, 1997; S. Arber, 2000).

Одним из объяснений выявленных в нашем исследовании выраженных гендерных различий в группе потенциальных эмигрантов может быть общее социально-экономическое и социально-психологическое неблагополучие женщин в Казахстане. Как указывалось ранее, средний возраст женщин-представителей группы эмигрантов составил

37,70±14,37 года, что находится в рамках общемировых стандартов социальной и профессиональной активности. Динамика статистических показателей занятости населения в республике (Стратегия ...) свидетельствует, однако, об отчетливом снижении количества женщин в официальном секторе экономики страны. По данным социологического опроса «Права женщин на экономическую свободу», проведенного по 10 регионам Казахстана (Конвенция ..., 2004), 69% респондентов считали, что возможность стать руководителем высшего звена в их области трудовой деятельности выше у мужчин, и только 25% высказались, что шансы у представителей обоих полов равны. По мнению некоторых аналитиков (Конвенция ..., 2004), отраслевая и профессиональная дифференциация между мужчинами и женщинами значительно влияет на разницу в уровне оплаты труда. Высокий уровень заработной платы в отрасли приводит к увеличению занятости в ней мужчин и, соответственно, вытеснению женщин в те сферы деятельности, где оплата труда ниже. Одним из следствий указанной негативной ситуации в стране является тенденция к увеличению внешней миграции. В ходе проведенного Кризисным центром для детей и женщин социологического исследования (Стратегия ...) выяснилось, что около 91% опрошенных женщин желают временно мигрировать за рубеж, две трети опрошенных при этом готовы выехать в длительную миграцию. Очевидно, что для женщин немецкой этнической группы предпочтительной для эмиграции страной является Германия.

Следующей рассматриваемой нами социально-демографической переменной явился признак «возраст». Необходимо указать, что проблема сохранения здоровья в старости имеет как индивидуальное, так и социальное значение. Каждый индивид рассчитывает на долгую и здоровую жизнь, в то время как перед обществом стоят задачи по обеспечению участия пожилых людей в социальной, культурной и политической жизни и соответствующему обслуживанию в случае болезни или прочей необходимости. В актуальных дискуссиях эта проблема отражается прежде всего в вопросе о финансировании общественного страхования и обеспечении медицинского и социального обслуживания. Вместе с тем речь идет и о возможных преимуществах пожилого возраста, а также формировании условий для обеспечения солидарности между отдельными поколениями (M. Marmot, M.Y. Shipley, 1996).

Среди типичных социальных проблем геронтопсихиатрии в странах с переходной экономикой, к которым относится и Казахстан, могут быть названы глобальные изменения социально-экономической ситуации, смена привычных жизненных стереотипов, переход от жиз-

ни в стабильном режиме (хотя и с весьма ограниченными возможностями) к эпохе постоянных потрясений, от ощущения социальной защищенности к жизни в агрессивной среде, часто на грани выживания (С.И. Гаврилова, Я.Б. Калын, 2001).

В нашем исследовании были выявлены выраженные различия психического здоровья по возрасту у мужчин со стратегией на интеграцию, умеренные различия у респондентов обоего пола со стратегией на ассимиляцию. Слабые различия по возрастному признаку были отмечены в женских подгруппах лиц со стратегией на интеграцию, консолидацию и эмиграцию (группа D).

Детальный анализ результатов нашего исследования показывает, что среди респондентов группы со стратегией на ассимиляцию наиболее низкие показатели психического здоровья отмечались у женщин в возрасте 60-69 лет и у мужчин в возрасте 80-89 лет. Выявленная разница отражала различия в сравниваемых возрастных периодах. Если у женщин данной группы исследуемыми возрастными интервалами явились промежутки в 60-69 лет, 70-79 лет и 80-89 лет, то у мужчин возрастные рамки ограничивались периодами в 70-79 лет и 80-89 лет. Возраст 60-69 лет является периодом, охватывающим первые годы ухода с трудовой деятельности (выход на пенсию), что позволяет относить его к критическим (С.И. Гаврилова, 1984). По наблюдениям зарубежных авторов (L.A. Lillard, L.J. Waite, 1995), именно в эти годы резко возрастает смертность и заболеваемость, сглаживающиеся в более позднем возрасте. В свою очередь, интервал в 80-89 лет характеризуется значительным увеличением сосудистых когнитивных нарушений. По данным O. Hagnell et al. (С.И. Гаврилова, Я.Б. Калын, 2001), частота сосудистой деменции нарастает от 2,6% в возрастной группе 70-79 лет до 7% в возрасте 80-89 лет. Отдельные исследования свидетельствуют при этом о более высокой частоте сосудистого слабоумия среди мужчин, по сравнению с женщинами соответствующего возраста (С.И. Гаврилова, 1984). Патогенная значимость периода ухода с трудовой деятельности подтверждается наличием наиболее низких показателей психического здоровья в возрасте 50-69 лет среди мужчин и женщин со стратегией на интеграцию. Следует отметить, что по среднему возрасту представителей группа В непосредственно предшествует группе А.

К важнейшим социально-демографическим характеристикам, влияющим на психическое здоровье, относится «семейное положение». По данным многочисленных исследований (M. Livi-Bacci, 1984; Y. Hu, N. Goldmann, 1990), лица, состоящие в браке, оценивают свое здоровье лучше и живут дольше. В качестве причины этого, наряду с

феноменом позитивной селекции (хорошее здоровье увеличивает шансы на супружество), принято указывать на обусловленные браком изменения жизненных условий. Известно, что семейная интеграция несет в себе стабильность, редуцирует стресс и социальную поддержку, включая возможность ухода в случае болезни, и в целом способствует здоровому образу жизни (I. Kawachi, G.A. Colditz, 1996). Хотя кроме позитивной селекции ряд авторов (L.A. Lillard, C.W. Panis, 1996) описывают также феномен негативной селекции (если супружество несет очевидные преимущества, то лица с плохим здоровьем особенно стремятся получить этот ресурс), очевидно, что данная закономерность больше значима для индивидов с проблемами физического, а не психического здоровья.

По результатам нашего исследования, были выявлены слабые различия психического здоровья по семейному положению для респондентов-женщин со стратегией на ассимиляцию и для лиц обоего пола со стратегией на эмиграцию. Детальный анализ данных респондентов группы со стратегией на ассимиляцию показал наиболее низкий уровень психопатологической симптоматики у лиц, состоящих в браке, наиболее высокий у незамужних в женской подгруппе. Более сложными представляются результаты, полученные от респондентов со стратегией на эмиграцию. Как среди женщин, так и среди мужчин, наибольший уровень психопатологических нарушений был отмечен среди лиц, находящихся в разводе. Однако, если в женской подгруппе самые низкие показатели психопатологической симптоматики имели место у вдов, то среди мужчин они регистрировались у женатых лиц. Выявленные отличия позволяют предположить большую степень конфликтных отношений в браке у респондентов-женщин данной группы, по сравнению с мужчинами.

Тесно связанным с рассмотренным параметром является признак «количество детей». Входя в круг семьи, дети способны оказывать значительную эмоциональную и социальную поддержку родителям, даже в несовершеннолетнем возрасте (A. Jesse, 2000). В данной связи представляется естественной регистрация наибольшего уровня психопатологической симптоматики у лиц, не имеющих детей. Эта закономерность была прослежена нами с выраженным уровнем различий среди респондентов-мужчин со стратегией на ассимиляцию и среди респондентов-женщин со стратегией на консолидацию, а также со слабым уровнем различий в подгруппе женщин со стратегией на интеграцию. На этом фоне неожиданной находкой явилось обнаружение выраженных психопатологических нарушений у женщин со стратегией на эмиграцию, имеющих одного ребенка. Объяснение данного фе-

номена стало возможным после сопоставительного анализа исследуемого признака «количество детей» с параметром «семейное положение». Как оказалось, доля лиц, имеющих одного ребенка, была наибольшей именно среди женщин данной группы – 42,5% (в группах А, В и С эта доля составляла 29,81%, 26,67% и 20,00% соответственно). Одновременно с этим матери с одним ребенком в группе D представляли собой наибольшую долю лиц, находящихся в разводе, вдовых и незамужних (55,41%). Можно предположить, что происходящий в силу различных причин разрыв партнерских отношений препятствовал появлению новых детей и сам по себе являлся значительным патогенным фактором. По данным многочисленных исследований (D. Krueger, C. Micus, 1990; Robert Koch-Institut 2003, Bundesministerium ..., 2005), хорошо известно, что одинокие матери затронуты многочисленными проблемами, складывающимися из необходимости одновременного воспитания, ведения хозяйства и обеспечения средств к существованию. Сложившаяся семейная ситуация означает для них единоличную ответственность за воспитание, а вытекающая из ролевого многообразия нехватка времени представляет собой дополнительное бремя.

К особым факторам риска для одиноких матерей относятся (В. Hoffmann, E. Swart, 2002): материальное положение, число и возраст детей, продолжительность статуса одинокой матери, свобода выбора образа жизни, полоролевая ориентация и, в ряде случаев, психологическая переработка ситуации развода. Наиболее существенное влияние на здоровье оказывает, однако, материальное положение. Установлено (N. Schneider, D. Krueger, V. Lasch et al., 2001), что при оценке материальной ситуации как тяжелой, негативные последствия сказываются на одиноких матерях сильнее, чем на замужних. Следствием многообразия ролей, которые вынуждены выполнять одинокие матери, является острая нехватка времени. Требования по продолжительности трудовой занятости, часто предъявляемые на рынке труда, представляют для одиноких матерей отдельный вызов. Недостаточный временной бюджет особенно остро сказывается при значительных нагрузках, связанных с воспитанием ребенка, особенно в случае его болезни. Также и собственное заболевание матери может представлять собой значительную нагрузку.

Обращаясь к проблемам, специфическим для исследуемой женской подгруппы, необходимо отметить, что являющаяся по самой своей сути стрессовой установка на эмиграцию значительно усиливается в связи с осознанием единоличной ответственности за ребенка в условиях совершенно иной социальной и экономической реальности. Прерывание по причине отъезда трудовой деятельности, необходимость под-

тверждения дипломов делают последующее вхождение в профессиональную жизнь особенно затруднительным.

В этой связи представляет интерес следующая исследуемая нами социально-демографическая переменная – «уровень образования». Указанный признак продемонстрировал выраженные различия по психическому здоровью для женских подгрупп со стратегией на ассимиляцию, интеграцию и эмиграцию, а также умеренные различия для респондентов-женщин со стратегией на консолидацию и респондентов-мужчин со стратегией на эмиграцию.

Хорошо известно, что образование представляет собой важнейшую предпосылку для участия в социальной, культурной и политической жизни. Высокий уровень образования способствует преодолению возрастающих социальных запросов, облегчает ориентировку в социальных взаимодействиях и преодоление сложных жизненных ситуаций. Образовательный процесс, который охватывает не только детские и юношеские годы, но зачастую простирается и на весь жизненный путь, может быть прослежен в тесном взаимодействии с развитием личности и обучением социальной компетентности. Посредством выражения и увеличения как личностных, так и социальных ресурсов, складывается влияние на индивидуальную удовлетворенность качеством жизни.

В нашем исследовании практически во всех группах (кроме женской подгруппы лиц со стратегией на интеграцию) наименьший уровень психопатологических нарушений регистрировался у респондентов с высшим образованием. Выявленная нами закономерность может быть объяснена различными причинами.

Не подлежит сомнению, что важнейшая роль образования заключается в формировании осмысленных и эффективных социальных отношений, а также выражении и формировании способствующего здоровью образу жизни. Значительное место занимают при этом установки, убеждения, системы ценностей, складывающиеся уже в ранние годы под влиянием родительского воспитания и образовательных институтов. То, что образование посредством передачи знаний содействует развитию индивидуальных способностей и способствует благоприятному для здоровья поведению, подтверждается не только систематическими клиническими исследованиями или политикой здорового образа жизни, но и представителями системы образования.

По мнению некоторых исследователей (P. Novak, 1994), влияние образования на здоровье прослеживается также в способности к толкованию симптомов. Ухудшение самочувствия и настроения трактуется в контексте болезни лицами с невысоким образователь-

ным уровнем лишь при непосредственном влиянии расстройства на трудовую эффективность и трудоспособность или если они выступают как нарушение телесных функций. Способность к раннему восприятию предвестников болезни и их клиническому истолкованию является у данных лиц, по сравнению с индивидами с высшим образованием, менее сформированной. Последние, напротив, склонны к более скорому восприятию особенностей самочувствия как симптомов, даже когда выполнение повседневных обязанностей еще не нарушено (J. Elstad, 1996).

У лиц с высоким уровнем образования чаще встречаются способствующие здоровому образу жизни виды поведения в отношении питания, занятий спортом, употребления алкоголя и курения (R. Brennecke, 1980). Эти лица способны также к формированию лучшей коммуникации с врачом. Субъекты с более высоким уровнем образования могут лучше артикулировать свои жалобы и получают со стороны врача вследствие меньшей социальной дистанции более подробные объяснения и рекомендации. Кроме того, они, как правило, лучше информированы о своих правах и возможностях, например, возможности раннего обращения к узкому специалисту (R. Brennecke, 1980).

Избегание медицинской помощи лицами с невысоким образовательным уровнем может быть обусловлено убеждением в том, что в медицинских учреждениях не будет уделяться достаточного внимания их социальной ситуации и потребностям, их стилю мышления и выражения. Следует отметить постоянно обнаруживаемые эмпирическими исследованиями (P. Townsend, N. Davidsen, 1982) ориентированные на средний социальный слой установки со стороны самого персонала медицинских учреждений.

Высокий уровень образования способен расширить поведенческий репертуар для переработки и преодоления социальных стрессоров разлуки, утраты рабочего места и т.д. (A. Mielck, U. Helmert, 1994).

Для настоящего исследования особый интерес представляют аспекты образования с позиции актуальной социальной и экономической ситуации в Казахстане. Хорошо известно, что в экономическом контексте образование означает инвестицию в собственные трудовые ресурсы с определением собственной позиции на рынке труда и дальнейших профессиональных перспектив. Посредством рынка труда и системы занятости раскрываются многосторонние возможности для размещения своего духовного капитала в высоко оцениваемые ресурсы материального благосостояния, престижа и власти. Особенностью сложившихся на данном этапе развития Казахстана социальных и экономических условий является отсутствие указанных прямолинейных

взаимосвязей. Реальностью сегодняшнего дня стала так называемая экономическая бедность, когда граждане с высоким уровнем образования не могут обеспечить себе социально приемлемое благосостояние из-за низкой заработной платы или задержек с ее выплатой. При этом факторы, обуславливающие экономическую бедность, таковы, что само по себе наличие высшего образования не может служить источником благосостояния из-за отсутствия рынка труда в депрессивных регионах и низкого уровня нормативно установленной оплаты труда. В результате значительная часть высокообразованного населения живет за чертой бедности, даже имея соответствующую работу.

Одной из наиболее уязвимых социальных групп является женское население. В данной связи представляется объяснимым выявленный нами высокий уровень психопатологической симптоматики среди респондентов с высшим образованием в женской подгруппе лиц со стратегией на интеграцию. В отличие от группы потенциальных эмигрантов эти лица настроены на укоренение в стране, но сложившиеся на настоящем этапе развития республики социальная и экономическая ситуации не способствуют в полной мере их профессиональным, материальным и общественным интересам.

Рассмотренные социальные и экономические аспекты вплотную приближают нас к исследованию значения социально-демографической переменной «род занятий». Положение в трудовом мире занимает центральное место в социальной сфере и определяет индивидуальную позицию в общественных структурах. С выполнением определенной профессиональной деятельности связывается объем общественного признания, что в эмпирических исследованиях (D.J. Treiman, 1977) находит выражение в шкале престижа. Любая профессиональная деятельность сопряжена тем самым со специфическими ожиданиями, влияющими не только на рабочую сферу, но и на все жизненное окружение. Вид, объем, пространственный и временной распорядок работы накладывают значительный отпечаток и на жизнь вне производства. Влияние работы на здоровье складывается из связанных с профессиональной деятельностью специфических ресурсов и стрессоров. К ресурсам относятся доходы, профессиональный престиж, возможность продолжать развитие способностей и принимать участие в процессах решения. Следующую плоскость представляют социальные контакты на рабочем месте, в большей или меньшей степени зависящие от коллегальных отношений. В качестве связанных с работой стрессоров следует рассматривать (Т. Theorell, 1986; R.A. Karasek, Т. Theorell, 1990; U. Lundberg, G. Johansson, 2000, V. Folkow, 2001) физические нагрузки, угрозу аварий, влияние условий на рабочем месте, которые

могут находить свое выражение как в сложных социальных отношениях с коллегами и администрацией, так и в монотонной деятельности или нехватке времени.

При рассмотрении взаимосвязей между сферой производственной деятельности следует учитывать и обратное влияние здоровья на возможности трудовой реализации. Так называемый «healthy worker effect» (ДАК ..., 2004) означает, что в рабочем процессе остаются наиболее здоровые. Лица, имеющие проблемы со здоровьем, с большей вероятностью подпадают под сокращение и раньше выходят на пенсию. Активно работающие являются, согласно этому принципу селекции, более здоровыми.

По результатам нашего исследования, умеренный уровень значимости различий психического здоровья по признаку «сфера производственной деятельности» регистрировался среди всех исследуемых групп (за исключением группы А, представители которой вследствие своего пенсионного статуса нами не рассматривались). В группе лиц со стратегией на эмиграцию наибольшая выраженность психопатологических нарушений (выраженные различия у мужчин и слабые различия у женщин) отмечалась у индивидов, имеющих статус безработного. Анализ взаимосвязей между безработицей и психическим здоровьем не позволил нам сделать исчерпывающего объяснения по данному вопросу. Хорошо известно (S. Dauer, 1999), что безработица способна приводить к возникновению проблем со здоровьем или утяжелению течения уже существующих расстройств. Одновременно есть указания (T. Elkeles, 2001) на то, что имеющие проблемы со здоровьем наемные рабочие или служащие обладают меньшими шансами на рынке труда и чаще затрагиваются безработицей. По мнению авторитетных исследователей вопроса (A. Holledeger, 2002), разъяснение каузальных связей между безработицей и здоровьем могут дать лишь долгосрочные лонгитудинальные исследования, недостаток которых остро ощущается не только в Казахстане, но и за рубежом. Вследствие указанной ситуации мы исходили из комплексной цепи взаимодействий, т.е. из обоюдного влияния безработицы и проблем со здоровьем. Важное место в выяснении взаимосвязей между безработицей и ухудшением здоровья должен занимать также учет ситуации конъюнктуры на рынке труда (Robert Koch Institut..., 2003). Во времена всеобщей занятости эта взаимосвязь выражена сильнее, и менее очевидна она во времена безработицы, поскольку больные безработные представляют собой меньшую долю от всех безработных.

Независимо от любой каузальности, накопление проблем со здоровьем среди безработных указывает на проблему политики формиро-

вания здорового образа жизни в стране, которая ввиду нарастающей безработицы становится все более и более актуальной.

Обращаясь к результатам сравнения психического здоровья среди респондентов-мужчин со стратегией на интеграцию, можно предположить, что наибольшая выраженность психопатологических нарушений, выявленная нами у рабочих, также не сводится к линейной последовательности, но имеет в своей основе несколько причинно-следственных связей, в том числе с более низким образовательным уровнем и материальным достатком обследуемых.

Совершенно иная картина имела место среди лиц со стратегией на консолидацию. Отсутствие накопления психопатологических нарушений среди неработающих объясняется нами тем, что большая часть этих респондентов продолжает проживать в родительских семьях и не испытывает связанных с безработицей затруднения. Выявленный нами наибольший уровень (умеренные различия) психопатологической симптоматики среди учащихся-мужчин, очевидно, связан с испытываемой ими двойной нагрузкой, поскольку все эти обследуемые совмещали учебу с различными видами трудовой деятельности. Среди респондентов-женщин (слабые различия) наибольший уровень психопатологической симптоматики регистрировался у служащих, что может быть связано с уже упомянутым нами фактором гендерного неравенства и вытекающим из него материальным неравенством. Специальные исследования (Конвенция ..., 2004) показывают, что даже в данной сфере деятельности, где доля работников-женщин занимает от 66,2% до 82%, женщины находятся на рабочих местах с меньшей (на 18-25%) оплатой труда, чем мужчины.

Несомненное влияние параметра «материальное благополучие» на психическое здоровье обуславливает потребность более детального рассмотрения этого признака. В ряде работ (Т. Klein, R. Unger, 2001; М. Heinzl-Gutenbrunner, 2001) было показано кумуляция проблем со здоровьем в группе риска по бедности, что подтверждается результатами и нашего исследования. Согласно полученным нами данным, выраженные различия психического здоровья по уровню материального благополучия регистрировались среди женских подгрупп со стратегией на интеграцию, консолидацию и эмиграцию. Умеренные различия были выявлены нами среди респондентов-мужчин со стратегией на консолидацию и слабые различия среди мужской подгруппы лиц со стратегией на эмиграцию.

Накопление проблем со здоровьем среди лиц с низким материальным уровнем может быть объяснено несколькими причинами. В первую очередь следует указать на собственное патогенное значение материальной депривации. Последняя может выражаться в недостаточном обеспечении населения предметами первой необходимости, а также адекватными условиями

питания, проживания и т.д. Для здоровья и самочувствия малообеспеченных лиц большое значение имеет ограничение возможностей удовлетворения социальных потребностей (отдых, развлечения), являющихся для основной массы населения естественными и причисляемыми к общественным жизненным стандартам. Влияние низкого материального уровня может быть прослежено также в контексте проблемы переживания стресса. Обеспечение средств проживания и соответствующих жизненных стандартов вызывает у лиц, располагающих меньшими материальными средствами, большее психическое напряжение. При удовлетворении индивидуальных потребностей перевешивают сиюминутные надобности, что приводит к более высокой готовности к нарушению здорового образа жизни. Последнее с наибольшей очевидностью выражается в таких способах преодоления стресса, как курение или употребление алкоголя (Т. Lampert, М. Burger, 2004). В качестве поведенческой реакции на психическое напряжение могут быть рассмотрены также нездоровый образ питания и недостаток физической активности.

Одновременно с влиянием уровня благосостояния на здоровье может иметь место и обратное воздействие. Лица с проблемами здоровья имеют худшие возможности на рынке труда, принадлежат к группе риска по безработице и получают соответственно более низкие доходы. Шансы на трудовую занятость у них особенно низкие в период неблагоприятной рыночной конъюнктуры. Способность ухудшения здоровья вызывать снижение материального уровня была установлено в ходе одного долгосрочного социологического исследования (М. Thiede, S. Straub, 1997). Обратное влияние материального ущерба на здоровье, выявленное в рамках этого же исследования, было выражено значительно сильнее.

Независимость параметров психического здоровья от уровня материального благополучия, установленная нами для лиц со стратегией на ассимиляцию, может быть объяснена возрастной спецификой обследуемой группы. Известно, что воздействие материальных условий на здоровье в пожилом возрасте выражено слабее вследствие нарастания возрастных заболеваний, а также общего изменения социальных условий и образа жизни (Т. Lampert, Т. Ziese, 1989).

Таким образом, анализ результатов исследования позволил установить достоверные значимые различия в уровне психического здоровья исследуемых социальных групп немецкого этнического меньшинства в Казахстане. Выраженность психопатологической симптоматики являлась наименьшей в группе со стратегией на эмиграцию и наибольшей в группе со стратегией на ассимиляцию (трудармейцы, жертвы политических репрессий). Противоположная закономерность прослеживалась в отношении уровня, связанного со здоровьем качества жизни. Наиболее высокие его

показатели отмечались в группе лиц со стратегией на консолидацию и группе со стратегией на эмиграцию, а наиболее низкие – в группе лиц со стратегией на ассимиляцию.

Психическое здоровье респондентов отдельных групп немецкого этнического меньшинства определяется влиянием различных видов социально-демографических параметров.

В группе лиц со стратегией на ассимиляцию были выявлены умеренные различия по гендерному признаку. Среди респондентов-мужчин имели место выраженные различия психического здоровья по признаку «количество детей», умеренные различия отмечались по параметру «возраст». В женской подгруппе были установлены выраженные различия по признаку «уровень образования», умеренные различия – по параметрам «возраст» и «количество детей».

Среди лиц со стратегией на интеграцию регистрировались умеренные различия по гендерному признаку. В подгруппе мужчин выраженные различия в уровне психического здоровья были отмечены по параметру «возраст», умеренные различия по признаку «род занятий». Среди обследуемых женщин имели место выраженные различия по параметрам «уровень образования» и «уровень материального благополучия», слабые различия по признакам «возраст» и «количество детей».

В группе лиц со стратегией на консолидацию умеренные различия по психическому здоровью среди мужчин продемонстрировали признаки «уровень образования» и «уровень материального благополучия». В женской подгруппе регистрировались выраженные различия по параметрам «количество детей» и «уровень материального благополучия». Умеренные различия по уровню психического здоровья обнаружили признаки «уровень образования» и «род занятий». Слабые различия имели место по параметру «возраст».

Среди лиц со стратегией на эмиграцию выраженные различия в уровне психического здоровья были выявлены по гендерному признаку. В мужской подгруппе имели место умеренные различия психического здоровья по признакам «семейное положение», «уровень образования», «род занятий». Слабые различия отмечались по параметру «уровень материального благополучия». Среди респондентов-женщин были установлены выраженные различия по признакам «количество детей», «уровень образования», «уровень материального благополучия». Умеренные различия имели место по параметру «семейное положение», и слабые различия психического здоровья регистрировались по признакам «возраст» и «род занятий».

Глава 13

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЭТНИЧЕСКИХ НЕМЦЕВ В КАЗАХСТАНЕ

В настоящем разделе представлены сведения о роли социальных стрессоров в формировании психического здоровья респондентов исследуемых групп. Предметом рассмотрения явились показатели корреляционных связей между социальными факторами, с одной стороны, и характеристиками психического здоровья – с другой (коэффициенты корреляции Пирсона). Важнейшей проблемой, стоящей перед исследователем при проведении корреляционного анализа, является определение того, какие переменные следует рассматривать как причины, а какие – как следствия изучаемого явления (Е.В. Сидоренко, 1996; А.Н. Наследов, 2006). Если в предыдущей главе в качестве социальных детерминант психического здоровья однозначно выступали объективные демографические параметры, то в данном разделе как чувствительность к социальным воздействиям, так и характеристики психического здоровья представляют собой субъективные психологические характеристики. Решение данного вопроса вытекает из самого принципа формирования групп на основании социального, а не психического критерия. Связь между выбранной социальной стратегией и чувствительностью к конкретным социальным воздействиям индивида является гораздо более прямой и очевидной, нежели влияние параметров здоровья на его социальные установки. Таким образом, именно социальные стрессоры и ресурсы представляют собой факторы, воздействующие на психическое здоровье обследуемых респондентов, тогда как параметры психического здоровья представляют собой лишь результативные признаки.

13.1. Субъективная оценка исследуемыми макросоциальных стрессоров

Данные распределения оценок макросоциальных стрессоров респондентами группы со стратегией на ассимиляцию позволили установить, что более чем у 50% женщин высокую степень обеспокоенности проблемой («достаточно сильно» и «очень сильно») вызвали факторы: «рост преступности, проблема безопасности личности»

(83,6%), «коррупция, злоупотребления в органах власти» (65,1%), «состояние прав человека, беззаконие» (58,6%), «межнациональные проблемы в стране» (56,7%), а также «языковая проблема в стране» (52,9%). Среди мужчин соответствующую значимость обнаружили стрессоры: «рост преступности, «проблема безопасности личности» (67,4%), «коррупция, злоупотребления в органах власти» (56,5%).

Более чем половина респондентов-женщин группы лиц со стратегией на интеграцию выразили высокую степень обеспокоенности стрессорами: «рост преступности, проблема безопасности личности» (70,0%), «коррупция, злоупотребления в органах власти» (66,7%), «состояние прав человека, беззаконие» (54,9%), «ухудшение экономического положения» (53,3%), «межнациональные проблемы в стране» (51,7%). Среди обследуемых мужчин соответствующую степень значимости получили факторы: «коррупция, злоупотребления в органах власти» (52,2%), «состояние прав человека, беззаконие» (52,2%).

В группе лиц со стратегией на консолидацию обследуемые респонденты-женщины более чем в 50% случаев указывали на высокую обеспокоенность стрессорами: «коррупция, злоупотребления в органах власти» (72,9%), «состояние прав человека, беззаконие» (67,1%), «языковая проблема в стране» (64,3%), «межнациональные проблемы в стране» (52,8%). В подгруппе мужчин значимыми факторами явились «языковая проблема в стране» (64,3%) и «межнациональные проблемы в стране» (54,5%).

Более чем половина респондентов-женщин группы лиц со стратегией на эмиграцию отметили высокую обеспокоенность стрессорами: «состояние прав человека, беззаконие» (71,3%), «коррупция, злоупотребления в органах власти» (63,8%), «ухудшение экономического положения» (56,4%), «языковая проблема в стране» (54,3%), «межнациональные проблемы в стране» (51,1%). Среди мужчин соответствующую степень обеспокоенности вызвали стрессоры: «рост преступности, проблема безопасности личности» (63,6%), «состояние прав человека, беззаконие» (60,0%), «межнациональные проблемы в стране» (54,5%), «языковая проблема в стране» (52,7%), «ухудшение экономического положения» (54,5%).

13.2. Субъективная оценка исследуемыми микросоциальных стрессоров

В связи с пенсионным статусом абсолютного большинства лиц со стратегией на ассимиляцию и соответствующей неактуальностью профессионально обусловленных стрессоров влияние последних нами не изучалось. Распределения оценок микросоциальных стрессоров у рес-

пондентов-мужчин показывают, что более чем в одной трети случаев высокую степень обеспокоенности проблемой («достаточно сильно» и «очень сильно») вызвал фактор: «разногласия с супругой» (35,5%). Среди женщин высокой обеспокоенности микросоциальными проблемами выше указанной доли (1/3) выявлено не было.

У респондентов-мужчин группы лиц со стратегией на интеграцию высокую степень обеспокоенности вызвал стрессор «эмоциональное напряжение на работе» (35,6%). Как и в предыдущей группе, среди женщин высокая степень обеспокоенности микросоциальными проблемами наблюдалась менее чем в одной трети для всех исследуемых факторов.

В группе лиц со стратегией на консолидацию на высокую обеспокоенность стрессором «эмоциональное напряжение на работе» указали 34,2% обследуемых женщин, а на высокую обеспокоенность фактором «профессиональные вредности» 36,3% мужчин.

Наибольшее количество значимых более чем в 1/3 случаев факторов было установлено для респондентов группы со стратегией на эмиграцию. Так, среди мужчин высокую степень обеспокоенности вызвали факторы: «разногласия с родственниками» (41,8%), «разногласия с коллегами на работе» (36,7%) «разногласия с супругой» (33,3%), «профессиональные вредности» (33,4%). У женщин таковыми стрессорами являлись: «разногласия с родственниками» (39,3%), «разногласия с супругом» (36,5%).

13.3. Взаимосвязи социальных стрессоров и психического здоровья испытуемых

В апреле 1996 г. в программном выступлении на III сессии Ассамблеи народов Казахстана Президент Казахстана Н. Назарбаев, подчеркивая необходимость межэтнического равенства, заявил, что «...народ Казахстана рассматривается как полиэтническая общность граждан разных национальностей, а не как новая этническая общность. На данном этапе нашего развития единственно реалистичной является именно такая постановка вопроса» (Н.А. Назарбаев, 1996). Целью этнополитики Республики Казахстан в настоящий момент является сохранение межнационального согласия, предотвращение потенциальных и регулирование реальных этнических конфликтов, стратегии сохранения этнического многообразия, содействие укреплению гражданской идентичности, формирование казахстанского патриотизма.

Проживая в едином геополитическом пространстве, все этносы Казахстана заинтересованы как в сохранении своей этнической самобытности, своего языка и культуры, интеграции в казахстанское общество, так и в относительно пропорциональной представленности во всех ветвях власти, самореализации в бизнесе, а также освоении новых экономических ниш. Вместе с тем реальный опыт этнической стратификации современного Казахстана показывает неоднозначность баланса социальных стрессоров и ресурсов, специфичных для различных культурных и этнических групп. Наряду с общими ресурсами и стрессорами для каждой культурной группы характерны своеобразные системы установок к макро- и микро-социальным воздействиям, определяющие стратегии их дальнейшего этносоциального развития.

Проведенный нами анализ результатов воздействия макросоциальных и микросоциальных стрессоров на психическое здоровье выделенных групп немецкого этнического меньшинства выявил различную чувствительность респондентов к социальным проблемам.

Необходимо подчеркнуть, что нами изучалось влияние на психическое здоровье не фактических стрессоров, а степени обеспокоенности респондентов теми или иными социальными или личными проблемами. Таким образом, речь в данном случае идет не о действующих факторах, а о возможном их воздействии на жизнь.

В группе трудармейцев и реабилитированных лиц умеренное патогенное воздействие на респондентов-женщин оказывала обеспокоенность такими макросоциальными темами, как: «состояние международных проблем в стране» GSI ($r=0,30$; $p<0,01$) и «состояние прав человека» GSI ($r=0,43$; $p<0,01$). На мужчин данной группы сильное патогенное влияние проявлял фактор «рост преступности» GSI ($r=0,73$; $p<0,01$), выраженное патогенное воздействие на психическое здоровье оказывала обеспокоенность проблемами «коррупция, злоупотребления в органах власти» GSI ($r=0,54$; $p<0,01$), «состояние международных проблем в стране» GSI ($r=0,59$; $p<0,01$), и умеренную патогенную роль играл фактор «состояние языковой проблемы» GSI ($r=0,43$; $p<0,01$). Значимых для психического здоровья микросоциальных стрессоров в данной группе выявлено не было.

Высокая значимость для респондентов обследуемой группы макросоциальных проблем при одновременной их толерантности к микросоциальным влияниям связывается нами с сохраняющимися последствиями прошлого травматического опыта репрессий и с собственно стратегией на ассимиляцию. В противоположность эмигрантам, имеющим наиболее высокие показатели психического здоровья, лица с установкой на ассимиляцию воспринимают Казахстан не как старто-

вую площадку для отъезда, но как свою вторую родину. Поэтому именно для них характерно наиболее глубокое переживание экономических, межнациональных и прочих социальных проблем в нашей стране. С другой стороны, следует учитывать уменьшение роли микросоциального окружения, связанное с пенсионным статусом обследуемых, больший, по сравнению с другими группами, удельный вес вдовцов в выборке.

Высокая значимость для респондентов потенциального стрессора «состояние преступности, проблема безопасности личности» отражает актуальную для данной возрастной категории потребность в поддержании собственной жизнеспособности при общем снижении физических ресурсов (С.И. Гаврилова, 1984). Косвенным подтверждением этого являются выявленные корреляционные связи между суммарным воздействием макросоциальных стрессоров и показателем качества жизни RP, имеющие отчетливые гендерные различия. Если у женщин при появлении проблем со здоровьем макросоциальные вредности вели к ограничению повседневной деятельности, то для мужчин была более типична гиперкомпенсаторная реакция. Вместе с тем нельзя недооценивать и нарастание общей криминогенной ситуации в стране. Так, в исследовании, проведенном «ЦЕССИ - Казахстан» (2000), на вопрос о наиболее беспокоящих население Казахстана проблемах фактор «рост преступности, проблема личной безопасности» регистрировался в 19,2% случаев, но уже в 2002 году он был назван в качестве наиболее острой проблемой в стране 23% опрошенных.

Тесно связанной с рассмотренным выше фактором является проблема «коррупция, злоупотребления в органах власти». Показателем актуальности данной проблемы для нашей республики является то, что Казахстан первым среди стран СНГ принял закон «О борьбе с коррупцией». На расширенном совещании руководителей правоохранительных структур республики 29 марта 2002 г. Н.А. Назарбаев подчеркнул, что экономическая преступность в стране носит системный характер, а концепция борьбы с правонарушениями в области экономики не работает. В выступлении Генерального прокурора РК Р. Тусупбекова (Ю. Фоменко, С. Нестеренко, 2002) были представлены многочисленные факты экономических преступлений и признавалась бездеятельность правоохранительных органов в отношении грубейших нарушений законности и коррупционных правонарушений. По данным проведенного ранее социологического исследования (Г.В. Малинин, В.Ю. Дунаев, В.Д. Курганская, А.Н. Нысанбаев, 2002), на вопрос «Как вы считаете, относятся ли правоохранительные органы (прокуратура, суды, полиция) одинаково ко всем жителям страны?» 46% опрошен-

ных выразили мнение, что они защищают тех, кто имеет деньги и власть, а 35% респондентов было уверено, что правоохранительные органы сами творят правонарушения.

Следующим значимым как для мужчин, так и для женщин обследуемой группы потенциальным стрессором выступило «состояние межнациональных проблем в стране». Несмотря на сложности и проблемы современного социально-политического и экономического развития, которое переживает любое транзитное общество, народы Казахстана сохранили формы межкультурного и межэтнического взаимодействия, выработанные за годы совместного сосуществования в рамках полиэтнического сообщества. Основными факторами, негативно влияющими на межнациональные отношения в республике, являются, по мнению некоторых аналитиков (О.В. Нечипоренко, А.Н. Насынбаев, 2005), социально-экономические причины, такие как безработица и низкий уровень жизни населения. Указанные проявления общего экономического неблагополучия в стране могут в ряде случаев ошибочно интерпретироваться как показатели ущемления по этническому признаку.

Умеренно значимый фактор «языковая проблема» выступает как социальный стрессор для женщин данной группы, по-видимому, больше в его культурном значении. Следует учитывать, что в силу исторических событий (депортации, политические репрессии) этнические немцы были вынуждены ассимилировать культуру русскоязычного населения. Закрепление за казахским языком статуса государственного и вытекающая из этого необходимость его изучения могут, по мнению исследователей (В. Dietz, 1997), восприниматься отдельными представителями немецкого населения как «очередное отчуждение» от своих традиций и культуры.

В противоположность предыдущей группе для лиц со стратегией на интеграцию патогенного влияния макросоциальных факторов на психическое здоровье респондентов как женского, так и мужского пола обнаружено не было. Следует указать на умеренное влияние микросоциальных стрессоров «разногласия с родственниками» GSI ($r=0,55$; $p<0,01$) и «разногласия с супругой» GSI ($r=0,33$; $p<0,01$) на психическое здоровье мужчин. Отсутствие значимых реакций на макросоциальные стрессоры в обеих подгруппах свидетельствует о высокой толерантности к этим формам вредностей и отражает стратегию респондентов на социальную интеграцию. Выявление в подгруппе женщин множества значимых на уровне тенденции отрицательных показателей связи макросоциальных стрессоров и психопатологических симптомов может служить косвенным признаком достаточно высокого адаптаци-

онного потенциала исследуемых лиц. Данные о влиянии макросоциальных вредностей на связанное со здоровьем качество жизни у этой же подгруппы респондентов (позитивные корреляционные связи) также свидетельствуют о своеобразном «стимулирующем» воздействии макросоциальных стрессоров на связанное со здоровьем качество жизни обследуемых.

В группе представителей союза немецкой молодежи умеренное воздействие на психическое здоровье респондентов-женщин оказывала обеспокоенность такими макросоциальными проблемами, как: «состояние прав человека, беззаконие» GSI ($r=0,37$; $p<0,01$), «ухудшение экономического положения» GSI ($r=0,47$; $p<0,01$), «коррупция, злоупотребления в органах власти» GSI ($r=0,44$; $p<0,01$). Среди микросоциальных факторов умеренно значимыми оказались: «физическое напряжение на работе» GSI ($r=0,40$; $p<0,01$), «эмоциональное напряжение на работе» GSI ($r=0,41$; $p<0,01$), «профессиональные вредности» GSI ($r=0,30$; $p<0,01$).

Для респондентов-мужчин сильную патогенную значимость в отношении психического здоровья обнаружила обеспокоенность такой сферой, как «состояние прав человека, беззаконие» GSI ($r=0,84$; $p<0,01$), умеренно значимыми явились факторы «состояние международных проблем в стране» GSI ($r=0,56$; $p<0,01$), и «языковая проблема» GSI ($r=0,56$; $p<0,01$). В качестве умеренно значимой микросоциальной вредности для представителей мужской подгруппы выступил фактор «профессиональные вредности» GSI ($r=0,72$; $p<0,01$).

Большая значимость для данной группы, по сравнению с респондентами других групп, макросоциальных факторов может быть объяснена молодежным составом выборки. Склонность молодых людей к завышению степени конфликтности и напряженности социальных отношений психологически понятна и была продемонстрирована в других исследованиях (Г.В. Малинин, В.Ю. Дунаев, В.Д. Курганская, А.Н. Нысанбаев, 2002). Косвенным подтверждением данного факта в нашей работе являются обнаруженные в выборке сильные и выраженные корреляционные связи между показателями большинства макросоциальных стрессоров и индексом PSDI, отражающие на психологическом уровне склонность к драматизации переживаний.

Фактор «состояние прав человека, беззаконие», оказавшийся наиболее существенным для всей обследуемой группы, представляет, по видимому, одну из самых серьезных проблем в современном Казахстане. Краеугольным камнем правового состояния общества является соблюдение принципа равенства всех граждан перед законом. Вместе с тем результаты проведенного ранее социологического исследования

(Г.В. Малинин, В.Ю. Дунаев, В.Д. Курганская, А.Н. Нысанбаев, 2002) свидетельствуют о том, что более 80% опрошенных казахстанцев сомневаются в строгом соблюдении в стране этого основополагающего принципа права. Сравнительное изучение ответов респондентов на поставленный в указанном исследовании вопрос «Можно ли достичь успеха (сделать карьеру, нажить капитал), соблюдая все нормы законов РК?» показало, что значительная часть населения склонна усматривать в правовом законодательстве не форму реализации собственных интересов, но препятствия для достижения удовлетворительного статуса. Обращает на себя внимание, что этнические немцы дали негативный ответ на указанный вопрос в 73,9% случаев, представляя таким образом (вместе с лицами курдской национальности) группу наиболее скептически настроенных респондентов.

Значимым только для данной выборки оказался стрессор «ухудшение экономического положения». Особая патогенная роль данного фактора для молодых людей кроется, на наш взгляд, в особенностях самой экономической ситуации в стране. Казахская экономика в последние годы развивается довольно быстрыми темпами. В частности, среднегодовое развитие валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в Казахстане за 1990-2003 гг. явилось одним из самых динамичных по СНГ. К 2010 г. руководство страны планировало увеличить ВВП страны вдвое по сравнению с 2000 г., «но сегодня есть уверенность, что экономическое удвоение Казахстана достижимо уже в 2008 году». Сравнительный анализ динамики по снижению уровня инфляции в странах с транзитной экономикой показывает, что Казахстан достиг существенных результатов в этом направлении, опередив в том числе Россию. Вместе с тем, по мнению некоторых аналитиков (О.В. Нечипоренко, А.Н. Насынбаев, 2005), отличительной особенностью экономического развития страны является то, что на фоне социальной бедности, присутствующей многодетным семьям и неполным семьям с детьми, семьям с высокой нагрузкой иждивенцев, одиноким пенсионерам, инвалидам, растет экономическая бедность, когда молодые работоспособные граждане не могут обеспечить себе социально приемлемый уровень благосостояния из-за низкой заработной платы или задержек с ее выплатой. При этом факторы, обуславливающие экономическую бедность, таковы, что само по себе получение работы трудоактивным населением не может служить источником благосостояния из-за отсутствия рынка труда в депрессивных регионах и низкого уровня нормативно установленной оплаты труда. В результате значительная часть молодого и трудоспособного населения живет за чертой бедности, даже имея работу. Скрытой или явной альтернативой указанной ситуации в республике становится эко-

номическое благополучие в развитых странах и для немецкого этноса, прежде всего в Германии.

Тесную связь с рассмотренным фактором обнаруживает актуальный как для мужчин, так и женщин микросоциальный стрессор «профессиональные вредности», а также значимые для женщин факторы «физическое напряжение на работе» и «эмоциональное напряжение на работе». Анализ видов трудовой занятости обследуемых респондентов показывает, что ни один из них не мог сталкиваться с действительно патогенными для здоровья вредностями. Акцентирование роли данных видов стрессоров может быть объяснено только субъективно переживаемым несоответствием между объемом реальных физических и эмоциональных затрат и их неудовлетворительной материальной компенсацией.

Переходя к рассмотрению стрессоров, актуальных для психического здоровья потенциальных мигрантов-участников языковых курсов, следует указать на парадоксальную недооценку ими роли макросоциальных факторов. На этом фоне особенно впечатляет значимость роли микросоциальных стрессоров, а именно фактора «разногласия с родственниками» GSI ($r=0,46$; $p<0,01$). Выявленное несоответствие может иметь в своей основе несколько причин. Во-первых, следует указать на относительность предпринятого нами подразделения стрессоров на макро- и микросоциальные. Общая экономическая, социальная и политическая ситуация в стране, в частности, уже цитируемые нами сведения о скрытой дискриминации в отношении женщин, не могут не оказывать влияния на характеристики микросоциального окружения. Возникающие на данной почве семейные неурядицы и бытовые конфликты способны выполнять при этом роль триггера, своеобразного «пускового крючка», определяющего потребность в смене социального статуса, одним из путей к которому становится эмиграция. Сформировавшаяся установка на переезд, в свою очередь, дезактуализирует ранее значимые макросоциальные стрессоры.

Таким образом, психическое здоровье респондентов отдельных групп немецкого этнического меньшинства определяется влиянием различных видов социальных стрессоров.

В группе лиц со стратегией на ассимиляцию ведущую патогенную роль играют макросоциальные стрессоры. Данные факторы характеризуются умеренной степенью негативного влияния на респондентов-женщин и сильным, выраженным и умеренным патогенным воздействием на респондентов-мужчин.

В группе лиц со стратегией на интеграцию умеренно значимыми для респондентов-мужчин являются микросоциальные стрессоры. Социальных факторов, значимых для женщин, выявлено не было.

Психическое здоровье группы лиц со стратегией на консолидацию обнаруживает зависимость как от макро-, так и от микросоциальных стрессоров. Для респондентов-женщин оба вида факторов характеризуются умеренной степенью патогенного воздействия. Для психического здоровья респондентов-мужчин макросоциальные факторы обладают сильным и умеренным уровнем значимости. Установлена умеренная патогенная роль одного микросоциального стрессора.

В группе лиц со стратегией на эмиграцию умеренное воздействие на психическое здоровье респондентов обоего пола обнаружил микросоциальный фактор «разногласия с родственниками».

Глава 14

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЭТНИЧЕСКИХ НЕМЦЕВ В КАЗАХСТАНЕ

Из результатов многочисленных исследований (D.E. Biegel, E. Mc Cardle, 1985; J.S. House, R.L. Kahn, 2000) хорошо известно позитивное влияние социальной поддержки на психическое здоровье. По мнению одних из ведущих теоретиков проблемы G. Sommer, T. Fydrich (1989), положительная роль социальной поддержки определяется следующими факторами:

1) социальная поддержка способствует удовлетворению ведущей социальной потребности в связях, контактах, общении, принадлежности и, вследствие этого, укреплению психического здоровья;

2) социальная поддержка препятствует появлению у индивида груза проблем и способствует разрешению уже имеющихся проблем лицами из его ближайшего окружения;

3) социальная поддержка содействует эффективной самостоятельной переработке индивидом собственных проблем. При этом возможны следующие модели эффективного обращения с проблемами с помощью социальной поддержки:

- повышение собственной самооценки и, тем самым, мотивации, ожидания успеха, появление ощущения владения собственными возможностями, необходимыми для эффективной полемики;

- уменьшение непродуктивного эмоционального возбуждения;

- позитивное изменение оценки проблемной ситуации и собственных способностей;

- позитивное изменение индивидом свойственных ему процессов разрешения и управления проблемами (отношение к проблемам, ожидания от собственной компетенции, реалистичное целеполагание и т.д.);

4) социальная поддержка способствует приобретению индивидом более разнообразного и интенсивного опыта (позитивные переживания оказывают непосредственное воздействие на самочувствие и здоровье, но могут влиять также и опосредованно, поскольку проблемы при одновременных позитивных эмоциях переносятся и решаются лучше);

5) социальная поддержка оказывает позитивное влияние на важное для здоровья поведение индивида (например, здоровое питание, физические тренировки, помощь в поисках профессиональной помощи и т.д.).

Гипотеза о положительном воздействии социальной поддержки на психическое здоровье мигрантов и представителей этнических меньшинств получила название «буферной» (Г.У. Солдатова, 2002). В рамках данной теории утверждается, что доступность межличностных связей, разнообразие и увеличение числа контактов, а также интенсивность взаимоотношений напрямую связаны с ростом субъективного благополучия и уменьшением вероятности соматических и психических расстройств. Учитывая многообразие форм социальной поддержки, мы условно разделили ее ресурсы на макро- и микросоциальные.

14.1. Субъективная оценка респондентами макросоциальных ресурсов

Роль макросоциальных ресурсов, значимых для изучаемого этнического меньшинства, была прослежена нами лишь в отношении одной из исследуемых групп – жертв массовых политических репрессий. Согласно закону Республики Казахстан от 14 апреля 1993 г. «О реабилитации жертв массовых политических репрессий» признаны незаконными акты репрессий и депортаций как отдельных граждан, так и целых народов. Постановлением правительства РК № 1040 от 26 октября 1993 г. была утверждена Государственная программа этнического возрождения немцев в Республике Казахстан. В последующем Постановлением правительства № 639 от 23 апреля 1997 г. были приняты дополнительные к программе мероприятия. Факт принятия такой программы стал прецедентом поддержки ранее депортированного народа – этнических немцев. В первую очередь это решение было продиктовано

стремлением создать условия для закрепления немцев в Казахстане в связи с массовой эмиграцией в Германию.

В связи с проявленной инициативой казахстанского правительства по закреплению немцев между Правительством Республики Казахстан и Правительством Федеративной Республики Германии 31 мая 1996 г. было подписано «Соглашение о сотрудничестве по поддержке граждан Республики Казахстан немецкой национальности». Согласно статье 3 указанного «Соглашения...» «Правительство Республики Казахстан будет продолжать реабилитацию казахстанских граждан немецкой национальности и будет надлежащим образом учитывать интересы казахстанских граждан немецкой национальности в рамках действующего и принимаемого в будущем законодательства по компенсации, социальной и медицинской поддержке жертв политических репрессий и трудовармейцев».

Несмотря на то что данная программа не была подкреплена какими бы то ни было финансовыми и материальными ресурсами со стороны Казахстана, она явилась по сути документом, регламентирующим соответствующую материальную поддержку со стороны Германии. Таким образом была сформирована правовая база для предоставления конкретных практических видов помощи, распределяемой соответствующими структурами Ассоциации общественных объединений немцев Казахстана. Принципы распределения оказываемой гуманитарной поддержки проходят ежегодный пересмотр и утверждение на семинарах для социальных работников.

При определении объема помощи учитываются категории ее реципиентов и специфические критерии. К первой категории лиц относятся трудовармейцы с минимальной пенсией, одинокие, инвалиды 1-й и 2-й групп, многодетные семьи с несовершеннолетними детьми, лица, проживающие в неблагоустроенных жилищных условиях. Основанием для оказания помощи для первой категории являются также чрезвычайные ситуации, в том числе пожары и стихийные бедствия. Ко второй категории относятся лица со средней пенсией, инвалиды, проживающие с родственниками, дети-сироты, проживающие в домах и частично благоустроенных квартирах. Третья категория охватывает субъектов с пенсионным доходом, превышающим средний, проживающих вдвоем или с родственниками в благоустроенных квартирах.

Проводя анализ влияния макросоциальной поддержки на психическое здоровье изучаемых респондентов, мы в практических целях объединили виды поддержки, получаемые из разных источников в одну группу. Данные анализа оценок респондентами оказываемой макросоциальной поддержки свидетельствуют о наибольшей удовлетво-

ренности (более 50%) среди женщин такими видами помощи, как «санаторное лечение» (73,2%), «участие в культурных мероприятиях» (68,8%), «получение лекарств из гуманитарных аптек» (58,0%), «получение лекарств по индивидуальным заявкам» (55,0), «подписка и получение газеты DAZ» (54,0%).

Среди мужчин наибольшую удовлетворенность вызвало: «получение продуктовых наборов» (71,4%), «получение лекарств из гуманитарных аптек» (62,8%), «санаторное лечение» (54,7%). Низкую оценку охвата услугой заслужило среди мужчин «получение одежды и постельных принадлежностей» (57,1%), «подписка и получение газеты DAZ» (52,3%), а также «протезирование зубов» (51,2%). Среди женщин негативных ответов, превышающих 50% общей оценки, не наблюдалось. В целом женщины были более удовлетворены охватом оказываемой помощи (суммарный балл удовлетворенности макросоциальной помощью составил у них $2,43 \pm 0,95$), тогда как у мужчин он был равен $1,97 \pm 1,15$ баллов.

14.2. Субъективная оценка исследуемыми макросоциальных ресурсов

В связи с пенсионным статусом абсолютного большинства обследуемых группы со стратегией на ассимиляцию изучение влияния микросоциального ресурса «поддержка коллег» нами в данной группе не проводилось. Необходимо указать также на культурно обусловленные особенности оценки респондентами фактора «поддержка семьи». Как свидетельствуют работы зарубежных исследователей, в западных странах под семьей понимается устойчивые партнерские отношения респондентов. Результаты настоящего исследования показали, что понятие семьи в нашей культуре значительно шире: сюда включаются также отношения с детьми (в том числе, при отсутствии партнера), отношения с родителями и сибсами обследуемых. Иными словами, под семьей понимается достаточно широкая сеть близкородственных связей.

Полученные при опросе данные свидетельствуют о достаточно высокой оценке микросоциальных ресурсов респондентами всех обследуемых групп. Так, более половины респондентов-женщин группы со стратегией на ассимиляцию дали позитивную оценку ресурсу «поддержка семьи» – 58,6% и ресурсу «поддержка друзей» – 55,7%. Среди мужчин соответствующие показатели были ниже: 17,3 и 58,9%.

Обследуемые женщины группы со стратегией на интеграцию в более чем 50% случаев положительно оценили ресурсы «поддержка

семьи» (68,3%) и «поддержка друзей» (65,0%), тогда как для мужчин этой же подгруппы были значимы все три представленные ресурса: «поддержка семьи» (63,3%), «поддержка коллег» (63,0%) и «поддержка друзей» (56,6%).

В группе со стратегией на консолидацию более половины респондентов-женщин дали положительную оценку ресурсу «поддержка друзей» (90,0%) и ресурсу «поддержка семьи» (54,3%). Среди обследуемых мужчин более чем в 50% случаев были значимы те же ресурсы, а соответствующие показатели составили 68,1% и 72,7%.

Наконец, в группе со стратегией на эмиграцию более половины обследуемых женщин положительно оценили ресурс «поддержка друзей» (62,8%) и «поддержка семьи» (54,3%). Среди соответствующей доли мужчин позитивную оценку заслужил лишь ресурс «поддержка семьи» (50,9%).

14.3. Субъективная оценка исследуемыми личностных ресурсов

С позиций современной психиатрии и психологии под личностными ресурсами понимаются «...укорененные в личности факторы, с помощью которых индивид может быть относительно независимым от влияния материальных или социальных обстоятельств» (R. Schwarzer, 1989). К ним относятся общая самооффективность, самоценность, чувство когерентности и оптимизм.

В качестве важнейшего личностного ресурса принято рассматривать общую самооффективность – уверенность в том, что существуют действия, ведущие к желаемому результату, и что индивид в состоянии выполнить эти действия (A. Bandura, 1977). В данном определении постулируется отличие самооффективности от оптимизма, который не обязательно предполагает собственные действия в достижении желаемого результата. Самооффективность – это глобальная убежденность в собственной компетентности по преодолению различных жизненных требований, представляющая собой относительно стабильный индивидуальный признак.

По мнению A. Bandura, «...осознанная самооффективность характеризуется убежденностью в тех собственных ресурсах, в которых нуждаешься, для того чтобы организовать и выполнить определенные действия с тем, чтобы достичь определенной цели» (A. Bandura, 1989). Ожидаемая самооффективность влияет в первую очередь на выбор действий (степень трудности), усилия, вкладываемые

в процесс достижения цели, упорство перед трудностями и барьерами, а также косвенно на степень успешности действия. Выделяются четыре результативных источника ожидаемой самоэффективности (А. Bandura, 1977).

На самом низком уровне указанием на слабость деятельных ресурсов может стать напряжение в теле, например, когда чувствуешь, как сердце колотится в груди перед лицом требований какой-либо затруднительной ситуации. Словесное сообщение или убеждение также относится к источникам формирования ожидаемой самоэффективности («Ты точно сможешь это сделать»). Равным образом заключение о собственной компетентности может быть сделано индивидуумом на основании наблюдения модели поведения другого лица – так называемый опосредованный опыт. На четвертом, наиболее действенном, уровне находится непосредственный опыт, означающий активные действия и преодоление какой-либо сложной задачи.

Результаты различных исследований показывают, что низкая самоэффективность связана с депрессивными нарушениями, беспомощностью, низкой самооценкой и пессимизмом (К. Hurelmann, 2000). Личности с выраженной самоэффективностью, напротив, устанавливают себе более высокие цели и прочно ориентированы на них. Они понимают трудные задачи как своеобразный вызов, вкладывают больше усилий, чтобы преодолеть их, и не так легко поступаются целями. Для них характерны также большее здоровье и способность к достижениям, лучшая социальная интеграция (А. Bandura, 1989).

В целях изучения роли личностных ресурсов для формирования психического здоровья обследуемых респондентов нами было предпринято определение уровня самоэффективности в каждой из исследуемых групп. Результаты самооценки свидетельствуют о достаточно высоком уровне самоэффективности во всех группах обследуемых. Количество положительных ответов было ниже половинной доли лишь у респондентов-мужчин группы со стратегией на ассимиляцию (39,1%). В то же время для респондентов-женщин данной группы этот показатель составил 74,0%. В группе со стратегией на интеграцию количество позитивных ответов было среди мужчин – 74,5%, среди женщин – 86,7%. Среди представителей группы со стратегией на консолидацию дали положительные ответы 68,2% мужчин и 90,0% женщин. Наконец, в группе со стратегией на эмиграцию позитивные ответы были зарегистрированы у 80,0% и 81,9% респондентов мужского и женского пола.

14.4. Взаимосвязи социальных, личностных ресурсов и психического здоровья исследуемых

Макросоциальные факторы являются одними из ведущих детерминант психического здоровья (Б.С. Положий, 2001). Согласно позиции современной социологии под данным понятием понимаются социальные условия, непосредственно обусловленные общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Среди макросоциальных факторов принято выделять макросоциальные стрессоры и макросоциальные ресурсы, специфичные для конкретных социальных, культурных и этнических групп. В качестве ресурсов, специфических для немецкого этноса в Казахстане, могут быть названы бесплатные языковые курсы, молодежные проекты, частично медицинская помощь и финансовая помощь пишущим журналистам. Следует отметить достаточную представленность немцев в высокооплачиваемых отраслях экономики – горнорудной, химической промышленности, наличие многочисленной инженерно-технической интеллигенции. Специфическим макросоциальным ресурсом являются также исследуемые нами формы медико-социальной помощи, оказываемой трудармейцам и жертвам политических репрессий на основании двустороннего соглашения между Германией и Казахстаном.

Анализ влияния видов медико-социальной помощи на психическое здоровье группы лиц со стратегией на ассимиляцию (трудармейцев и реабилитированных лиц) позволил установить позитивное воздействие оказываемой поддержки лишь в отношении мужской части группы. Наиболее сильным воздействием на психическое здоровье характеризовался фактор «получение лекарств из гуманитарных аптек» GSI ($r = -0,70$; $p < 0,01$). Умеренно значимыми явились виды помощи: «протезирование зубов» GSI ($r = -0,48$; $p < 0,01$), «получение слуховых аппаратов, очков» GSI ($r = -0,47$; $p < 0,01$), «получение лекарств по индивидуальным заявкам» GSI ($r = -0,43$; $p < 0,01$), «получение продуктовых наборов» GSI ($r = -0,32$; $p < 0,05$). Выявленные гендерные различия по влиянию оказываемой помощью на психическое здоровье респондентов могут быть объяснены большей чувствительностью сознания респондентов-мужчин к факторам макросоциального порядка (Е.Н. Сергеева, 2001).

Из результатов многочисленных исследований (М.Е. Procidano, К. Heller, 1983) хорошо известно позитивное влияние микросоциальной поддержки на психическое здоровье отдельных индивидов и социальных групп. По мнению таких ведущих теоретиков проблемы, как

G. Sommer et T. Fydrich (1989), положительная роль социальной поддержки определяется следующими факторами: 1) социальная поддержка способствует удовлетворению ведущей социальной потребности в связях, контактах, общении, принадлежности и, вследствие этого, укреплению психического здоровья; 2) социальная поддержка препятствует появлению у индивида груза проблем и способствует разрешению уже имеющихся проблем лицами из его ближайшего окружения; 3) социальная поддержка содействует эффективной самостоятельной переработке индивидом собственных проблем; 4) социальная поддержка способствует приобретению индивидами более разнообразного и интенсивного опыта (позитивные переживания оказывают непосредственное воздействие на самочувствие и здоровье, но могут влиять также и опосредованно, поскольку проблемы при одновременной поддержке оказывают позитивное влияние на важное для здоровья поведение индивида (например, здоровое питание, физические тренировки, помощь в поисках профессиональной помощи и т.д.).

Анализ результатов воздействия микросоциальных ресурсов на параметры психического здоровья обследуемых нами групп позволил выявить некоторые специфические закономерности. Так, в группе лиц со стратегией на ассимиляцию (трудармейцы и жертвы политических репрессий) умеренное позитивное влияние на респондентов-женщин оказывал фактор «поддержка семьи» GSI ($r=-0,31$; $p<0,01$). Для мужчин данной группы значимых микросоциальных факторов не выявлено.

В группе лиц со стратегией на интеграцию умеренно значимыми для психического здоровья женщин явились микросоциальные ресурсы: «поддержка семьи» GSI ($r=-0,33$; $p<0,01$) и «поддержка друзей» GSI ($r=-0,36$; $p<0,01$). Умеренным протективным влиянием на респондентов – мужчин обладал фактор «поддержка коллег» GSI ($r=-0,47$; $p<0,01$). В группе лиц со стратегией на консолидацию умеренное позитивное воздействие на женщин оказывал фактор «поддержка друзей» GSI ($r=-0,44$; $p<0,05$). Микросоциальных ресурсов, значимых для мужчин, обнаружено не было. Наконец, в группе лиц со стратегией на эмиграцию микросоциальные ресурсы оказались незначимыми для респондентов обоего пола.

Совокупность полученных результатов позволяет констатировать качественные и количественные различия протективной роли микросоциальных ресурсов в формировании психического здоровья респондентов различных групп. Обращает на себя внимание преобладание значимости микросоциальных ресурсов для респондентов женского пола. Выявленная закономерность соответствует данным других ис-

следований о значимости гендера в процессе получения и предоставления социальной поддержки (J. Leff, C. Vaughn, 1984; L.G. Sarason, B.R. Sarason, 1985). Хорошо известно, что женщины чаще, чем мужчины, заняты в социальных сферах и поэтому более компетентны в поддержке других. По сравнению с мужчинами, женщины шире вовлечены в социальные взаимодействия (S.E. Hobfoll, J.P. Stokes, 1988; M. Peters, 1989), что дает им возможность получать и оказывать большую социальную поддержку, но вместе с тем испытывать и большую социальную нагрузку. Женщины чаще, чем мужчины, проводят время во взаимодействии со своей семьей и социальным окружением. При этом они больше сил тратят на оказание эмоциональной поддержки, например, разделение чувств других (R.C. Kessler, J.D. McLeod, E. Wethington, 1985). В целом, женщины получают больший объем социальной помощи, в том числе эмоциональной поддержки, и сообщают о большем разнообразии ее источников, равно как и о большей удовлетворенности ею, по сравнению с мужчинами. Женщины имеют также более широкое социальное окружение, нежели мужчины (M. Braun, 1989). В своем окружении они устанавливают большее количество тесных контактов. То, что женщины выбирают эти тесные отношения, свидетельствуют об их лучшей социализации, готовности давать тепло, поддерживать и создавать более доверительные контакты. Социализация, однако, предъявляет к женщинам особые требования в распознавании и признании трудностей построения близких отношений и поисках поддержки.

Многочисленные исследования (D. Belle, 1982; S. Cohen, H.M. Hobermann, 1983) показывают также, что женщины способны к извлечению большей пользы от получаемой эмоциональной поддержки. Тем самым, социальная поддержка оказывает более выраженное позитивное влияние на психическое благополучие женщин, нежели мужчин. Пребывание в браке, частые контакты с друзьями и родственниками, принадлежность к какому-либо сообществу коррелирует у женщин с меньшей долей смертности, которая при прочих равных условиях ниже таковой у мужчин.

Некоторые социальные контакты предъявляют, однако, к женщинам столь высокие требования, что действующие обычно позитивно факторы могут сказываться на них негативно (D. Belle, 1982). Поскольку женщины больше ориентированы на распознавание и исполнение желаний других, они также и более загружены, что может проявляться в дисбалансе между принятием и предоставлением социальной помощи. Женатые мужчины ищут больше социальной поддержки у своих жен, нежели наоборот. Особенно восприимчивы к психиче-

ским нарушениям матери, несущие исключительную ответственность за детей, в случае, если они сами не получают адекватной эмоциональной поддержки (G. Sommer, T. Fydrich, 1989).

Исследование роли личностных ресурсов в формировании психического здоровья исследуемых групп позволило установить достоверные значимые показатели лишь в отношении одной из исследуемых групп – группе лиц со стратегией на эмиграцию. Соответствующие коэффициенты корреляции составили в ней: у мужчин GSI ($r=-0,31$; $p<0,01$) и у женщин GSI ($r=-0,35$; $p<0,01$). Результаты исследования отношения между показателями самооффективности и связанным со здоровьем качеством жизни подтвердили значимость данного личностного ресурса (средние положительные корреляционные связи) для респондентов указанной группы.

Следует отметить соответствие установленных нами данных ранее упомянутой теории селективной миграции (H. Naefner, 1980a, 1980b, M.M. Fichter et al., 1988; M. Karno et al., 2001), согласно которой мигранты различаются среди прочих социальных групп на основании своей способности справляться с возникающими трудностями. По мнению Ф.Б. Березина (1998), селекционные процессы оказывают влияние на эффективность популяционной адаптации благодаря тому, что в миграционный поток вовлекаются люди с определенными личностными особенностями, в частности те, кого можно отнести к группе акцентуированных личностей. Н.М. Лебедева (1999) в качестве одной из центральных проблем теории селективной миграции указывает на неясность природы и специфики селективности, равно как и ее роли в формировании психического здоровья мигрантов. Представляется, что выявленное нами позитивное влияние самооффективности на психическое здоровье в группе лиц со стратегией на эмиграцию можно рассматривать как одно из объяснений проблемы взаимосвязи миграции и психического здоровья.

Таким образом, анализ влияния макросоциальных ресурсов на психическое здоровье, проведенный на модели одной из обследуемых выборок – группы лиц со стратегией на ассимиляцию (трудармейцы и жертвы политических репрессий), позволил установить позитивное воздействие оказываемой поддержки лишь в отношении мужской части группы. Наиболее сильным влиянием на психическое здоровье характеризовался фактор «получение лекарств из гуманитарных аптек». Умеренно значимыми явились виды помощи: «протезирование зубов», «получение слуховых аппаратов, очков», «получение лекарств по индивидуальным заявкам», «получение продуктовых наборов».

Исследование влияния микросоциальных ресурсов на психическое здоровье обследуемых групп выявило более сложную структуру коррелятивных связей. В группе лиц со стратегией на ассимиляцию умеренное позитивное влияние на респондентов-женщин оказывал фактор «поддержка семьи». В группе лиц со стратегией на интеграцию умеренно значимыми для психического здоровья женщин явились микросоциальные ресурсы: «поддержка семьи» и «поддержка друзей». Умеренным протективным влиянием на респондентов-мужчин обладал фактор «поддержка коллег». В группе лиц со стратегией на консолидацию умеренное позитивное воздействие на женщин оказывал фактор «поддержка друзей». Наконец, в группе лиц со стратегией на эмиграцию микросоциальные ресурсы оказались незначимыми для респондентов обоего пола.

Изучение роли личностных ресурсов в формировании психического здоровья обследуемых групп позволило выявить умеренное позитивное значение самооэффективности для женщин и мужчин группы лиц со стратегией на эмиграцию.

Глава 15

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВ

В докладах Экономического и социального совета ООН о мировом социальном положении подчеркивается, что серьезной проблемой в странах с переходной экономикой становится дефицит возможностей обеспечения равного доступа к медицинскому обслуживанию. Показана важность ориентации социальных затрат на удовлетворение потребностей наиболее нуждающихся групп населения на фоне резкого увеличения спроса на социальные услуги и ограничения их удовлетворения из-за дефицита ресурсов.

ВОЗ рассматривает потребности в области здравоохранения как совокупность множества комплексных факторов, отражающих не только медицинские аспекты охраны здоровья, но и непосредственно связанные с ними социально-экономические проблемы: образ жизни и привычки, сопряженные с риском для здоровья; проблемы эмоционального характера и родственные им; сексуальное и репродуктивное здоровье; биологические и медицинские проблемы. При этом характер нужд в области здравоохранения определяется не только личными

возможностями индивида, но и возможностями его непосредственного окружения, общества в целом. Стратегия ВОЗ в целях достижения «здоровья для всех» ориентирована на достижение населением такого уровня здоровья, который позволяет жить продуктивно в социальном и экономическом плане. При этом специалистами ВОЗ предусматривается реализация нескольких взаимосвязанных аспектов, а именно:

- обеспечение справедливости в области охраны здоровья;
- увеличение продолжительности жизни путем предоставления людям возможностей для полноценного развития и использования своих физических, умственных и социальных способностей;
- обеспечение более здоровой жизни путем снижения заболеваемости и инвалидности;
- продление сроков жизни с помощью мероприятий, способствующих увеличению ожидаемой продолжительности жизни.

Основополагающая стратегическая направленность деятельности по обеспечению «здоровья для всех» опирается на положения и принципы Алма-Атинской декларации и Оттавской хартии по укреплению здоровья.

В Алма-Атинской декларации, появившейся на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая проводилась ВОЗ/ЮНИСЕФ в Алма-Ате, СССР, 6-12 сентября 1978 г., ВОЗ положила начало международной кампании, широко известной как «Здоровье для всех: 2000». Эта кампания отражает согласованные международные усилия по улучшению качества здоровья и оказания услуг здравоохранения, особенно первичной медико-санитарной помощи во всем мире. Несмотря на то что вопросы безопасности и гигиены труда не проявляются в четком языке Декларации, они включены в стратегическое программирование таким образом, что реализация основных мер защиты здоровья также поощряется распространением информации и разработкой программных стратегий с целью достижения «Здоровья для всех: 2000» под покровительством Декларации. В соответствии с буквой и духом Устава ВОЗ Алма-Атинская декларация призывает к «немедленным действиям всех правительств, всех работников здравоохранения и служб развития, и мирового сообщества по защите и поддержке здоровья всех людей мира». В особенности, ст. 1 снова четко подтверждает, что «Здоровье...является фундаментальным (основным) правом человека» и что «достижение максимально высокого возможного уровня здоровья является наиболее важной социальной целью во всем мире...». Ст. 3 гласит: «Поддержка и защита здоровья людей является важной для непрерывного экономического развития и вносит свой вклад в улучшение качества жизни и мир во всем мире».

15.1. Общие принципы укрепления здоровья социально-этнических групп

В решении проблем социальной защиты различных социально-этнических групп населения важную роль играют международные документы, посвященные межэтническим отношениям, правам и интересам указанных групп. К ним относятся Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.), Конвенция Международной организации труда (МОТ) № 17 о защите интересов коренного и другого населения, ведущего племенной и полуплеменной образ жизни, в независимых странах (26 июня 1957 г.), Конвенция МОТ № 169 о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни, в независимых странах (26 июля 1998 г.), Декларация о правах лиц, принадлежащих к национальным или этническим, религиозным и языковым меньшинствам (принята Комитетом по правам человека в 1993 г.) и др. Каждая страна обязана выполнять основные положения международных документов, а также стремиться к реализации своих национальных законодательных документов, касающихся социально-этнической проблематики. В Казахстане главным документом, определяющим установки по отношению к немецкому меньшинству, является Государственная программа этнического возрождения немцев в республике Казахстан (26 октября 1993 г.). В последующем Постановлением Правительства № 639 (23 апреля 1997 г.) были приняты дополнительные к программе мероприятия. В связи с проявленной инициативой казахстанского правительства по закреплению немцев между Правительством Республики Казахстан и Правительством Федеративной Республики Германии было подписано «Соглашение о сотрудничестве по поддержке граждан Республики Казахстан немецкой национальности» (31 мая 1996 г). Согласно ст. 3 указанного «Соглашения...» «Правительство Республики Казахстан будет продолжать реабилитацию казахстанских граждан немецкой национальности и будет надлежащим образом учитывать интересы казахстанских граждан немецкой национальности в рамках действующего и принимаемого в будущем законодательства по компенсации, социальной и медицинской поддержке жертв политических репрессий и трудовармейцев». В ст. 5 указывается, что правительство Федеративной Республики Германии «поддержит меры помощи в медицинской и социальной сферах». В указанных соглашениях, а также подотчетной документации в качестве основного объекта меди-

ко-социальной помощи выступают трудармейцы, жертвы политических репрессий и малоимущие граждане немецкой этнической принадлежности. Содержательный анализ функций социальных работников, работающих с данными контингентам населения, отражает их ориентацию преимущественно на сферу физического здоровья. К перечню специальных функций среди прочего относятся: организация медико-социальной помощи и ухода за больными, нетрудоспособными, инвалидами; медико-социальный патронаж различных групп; оказание медико-социальной помощи хроническим больным; предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечения социальной защиты инфицированных и членов их семей; информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат; социально-правовое консультирование. Среди функций, направленных на укрепление психического здоровья, может быть названо лишь формирование установок данного контингента населения на здоровый образ жизни, осуществляемое путем регулярных семинарских занятий.

Данные научной литературы, а также результаты наших собственных исследований со всей очевидностью указывают на необходимость ориентации медико-социальной помощи также на сферу психического здоровья. Главным направлением оказания указанных видов помощи должен стать глобальный психогигиенический подход. Исходя из этого, необходимый комплекс функций социального работника, оказывающего медико-социальную поддержку представителям немецкой этнической группы в Казахстане, следует дополнить следующими задачами:

- содействие выполнению профилактических мероприятий социально обусловленных нарушений психического здоровья на индивидуальном, групповом и региональном уровнях;
- участие в проведении психогигиенического мониторинга;
- участие в разработке комплексных программ психосоциальной помощи нуждающимся группам населения на различных уровнях;
- обеспечение преемственности при взаимодействии со специалистами психиатрической службы в решении проблем клиентов;
- социальная поддержка клиентов с наиболее тяжело протекающими формами психических заболеваний;

- участие в социальной и профессиональной реабилитации клиентов с целью полного или частичного его возвращения в нормальную семейно-бытовую и профессиональную среду;
- превентивная кризисная интервенция с привлечением членов семьи и других лиц, имеющих непосредственное отношение к клиенту (или больному);
- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;
- осуществление семейного консультирования, включающего психокоррекционную и психопедагогическую работу с родственниками клиента;
- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков (в том числе самоэффективности);
- проведение различных видов социотерапии: мильотерапия (терапия средой), эрготерапия, психодрама, ролевые игры;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам их здоровья;
- представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны психического здоровья и оказания медико-социальной помощи.

Предпочтительным подходом к осуществлению перечисленных видов психосоциальной помощи представляется их реализация в структуре этнического культурного центра. Данный принцип организации в наибольшей степени отвечает ведущей психогигиенической стратегии и может быть легко реализован в рамках уже имеющихся культурных программ. Вместе с уже имеющимися в культурных центрах медико-социальными службами перспективную структуру для оказания отдельных видов психосоциальной поддержки представляют так называемые центры встреч.

Центры встреч являются культурно-досуговыми, образовательными и информационными объединениями, цель деятельности которых заключается в создании условий для развития традиционной и современной культуры немецкого населения и общественного движения немецкой этнической группы региона. Основное финансирование проекта осуществляется со стороны ГТЦ/БМИ в рамках финансовых и правовых условий, выполнение которых является обязательным, как и при реализации любого другого проекта. Бюджет центров встреч может пополняться также из финансовых и ма-

териальных средств общественной организации немцев, на базе которого создан проект центра, из спонсорских вложений, партнерских средств заинтересованных организаций, а также собственных средств центра. Важно отметить, что проект центров встреч является долгосрочным проектом ГТЦ/БМИ при условии достаточного уровня немецкого населения в регионе, наличия материальной базы и кадрового потенциала.

Проект центра встреч может быть расположен при немецкой общественной организации или создан как самостоятельная организация. Центры встреч строят свою деятельность в тесном взаимодействии с общественной организацией немцев региона и являются его структурным подразделением. При открытии проекта центра встреч учитываются наличие рамочных условий грантодателя: дислокация помещения; наличие комнаты; наличие оборудования; наличие технического оснащения; состав персонала проекта.

Деятельность в проекте центра встреч осуществляется по следующим направлениям:

1. Культурно-просветительская деятельность, заключающаяся в формировании понимания национальной культуры и культуры других национальностей; сохранении традиционной национальной культуры; изучении и использовании форм современной культуры Германии; формировании знаний в области различных направлений культуры и искусства современности.

2. Образовательная деятельность, предполагающая проведение мероприятий, связанных с организацией неформального обучения всех категорий демографических групп населения по различным направлениям, проведением различных форм и видов повышения квалификации сотрудников и специалистов центра встреч.

3. Информационная работа, заключающаяся в обеспечении различными материалами всего проекта центра встреч, сотрудников и специалистов, работающих в проекте. Осуществление коммуникаций с руководителями и сотрудниками грантодающей организации, с руководителями и специалистами других центров встреч Казахстана, Узбекистана и Кыргызстана.

Согласно условиям грантодателя в деятельности центров встреч могут быть использованы, среди прочих, следующие формы работы: создание клубов, университетов, студий, объединений, школ, секций по интересам; проведение рекламно-информационной работы среди посетителей, в регионе; проведение социологических исследований: изучение спроса целевой группы, изучение спроса участников кружков, мероприятий и т.п.

15.2. Специфические психогигиенические программы

Следующим важным подходом к укреплению психического здоровья, логически вытекающим из результатов нашего исследования, является оказание психогигиенической помощи соответственно особенностям конкретной социальной группы этнического меньшинства. Необходимо отметить, что до настоящего времени данный принцип реализовывался преимущественно в отношении трудармейцев и жертв политических репрессий (лица со стратегией на ассимиляцию). Именно они являются основными реципиентами гуманитарной помощи со стороны Германии. Вместе с тем содержательный анализ стандартов оказания медико-социальной помощи показывает, что даже для лиц из данной группы принимаются в расчет лишь некоторые социально-демографические (материальное положение, потребности, связанные с жильем) и клинические (наличие хронического заболевания) параметры. Практически без внимания остается сфера психического здоровья.

Социально-психологический анализ потребностей данной социальной группы выявляет ряд специфических особенностей, связанных с биографией и возрастом этих лиц. К ним относятся: потребность избегания страданий, стремление уходить от неожиданных ситуаций и контактов; потребность в автономии, выступающей в идее собственной независимости, свободы; сопротивление принуждениям; упрямство и неприятие навязываемому чужому мнению; потребность в любви, в творчестве.

Важным социально-демографическим параметром, впервые выявленным нашим исследованием, явилось отсутствие детей, которое у мужского пола было достоверно связано с выраженной психопатологической симптоматикой.

Переходя к рассмотрению специфических потребностей группы лиц со стратегией на интеграцию, необходимо указать на установленную нами связь между признаком «высшее образование» и относительно высоким уровнем психопатологической симптоматики в подгруппе женщин. Решением проблемы могло бы стать адекватное профессиональное ориентирование этих лиц. Перспективное направление открывает находящийся на стадии обсуждения проект соглашения с представительствами германских кампаний в Казах-

стане об открытии квот по набору персонала из числа казахстанских немцев.

Молодежный состав группы лиц со стратегией на консолидацию определяет ряд особенностей, вытекающих из самой ее объективной сущности. Контингент этих лиц составляет совершенно особую групповую общность, образующуюся на основе возрастного и этнического признаков и связанных с ними видами деятельности. Изучение потребностей молодежи в реальных социальных условиях представляет собой ключевой элемент при формировании системы их социального обслуживания. Согласно современным исследованиям (Материалы ..., 2005), молодежь нуждается прежде всего в бирже труда, пунктах правовой защиты и юридического консультирования, работе «телефонов доверия», в сексологических консультациях, центре помощи молодой семье. Одной из основных проблем молодежи является трудоустройство, хорошо оплачиваемая и интересная работа. Сложившиеся в Казахстане рыночные отношения предполагают коренное преобразование стимулов и мотивов экономической активности людей, формирование готовности и способности жить и работать в новых условиях. Изучение отношения к труду различных категорий молодежи (В.Т. Лисовский, 2003) показывает, что в ее сознании произошла коренная переориентация от предпочтения нематериальных ценностей к материальным. В данной связи показательны установленные в нашем исследовании положительные связи между величиной показателей материального благосостояния и уровнем психического здоровья. Решению многих социально-экономических проблем молодежи способствует молодежное предпринимательство, развитию которого могут способствовать региональные учебно-предпринимательские центры, в том числе Казахстанско-немецкое общество предпринимателей.

Рассмотрение в рамках нашего исследования участников языковых курсов в качестве группы лиц со стратегией на эмиграцию позволило установить ряд важных потребностей, исходящих из особенностей их реагирования на социальные стрессоры. Выявленное несоответствие между отрицанием влияния макросоциальных стрессоров и субъективной значимостью фактора «разногласия с родственниками» было объяснено нами триггерным значением указанного стрессора в формировании принятия решения об эмиграции. Переселенческие установки представителей данной группы определялись тем самым больше личностными, а не социальными или экономическими причинами. Учитывая, что предшествующие

миграции внутрисемейные конфликты помимо способствования собственно миграционному поведению являются неблагоприятными признаками для последующей адаптации в условиях новой страны (В. Хармз, 2002), представляется целесообразным дополнение образовательных мероприятий услугами семейно-психологического консультирования.

Таким образом, на основании данных исследований предложены психогигиенические подходы к совершенствованию психического здоровья этнических меньшинств. Перспективными направлениями соответствующих видов помощи являются: усиление роли этнических культурных центров, реализация психогигиенических мероприятий в рамках уже существующих культурных программ, ориентация на конкретные социальные группы населения.

* * *

Изложенные данные свидетельствуют о несомненной продуктивности инструментального понимания этноса наряду с более пространственными примордиальным и конструктивистским подходами. Актуальность данного подхода обусловлена процессами глобализации, ведущей к постепенной унификации духовной и материальной культуры, исчезновению межэтнических различий.

На основании проведенного исследования автором были получены важные в практическом и теоретическом отношении результаты. Так, было показано, что уровни психического здоровья в малом этносе различаются в отдельных социальных группах. Значимой характеристикой для выделения социальных общностей являются групповые социальные стратегии. Установлено, что на своеобразии психического здоровья социальных групп этнического меньшинства активно влияют социально-демографические факторы, важнейшими из которых являются: пол, возраст, семейное положение, количество детей, уровень образования, род учебной или профессиональной деятельности, уровень благосостояния.

Принадлежность к определенной социальной группе этнического меньшинства определяет различия в чувствительности к социальным стрессорам. Избирательность реагирования на социальные проблемы реализуется на уровне как макро-, так и микросоциальных воздействий.

В формировании психического здоровья отдельных групп этнического меньшинства принимают участие различные микросоци-

альные ресурсы, важнейшими из которых являются: поддержка семьи, поддержка друзей, поддержка коллег. Для психического здоровья некоторых социальных групп значимыми факторами являются макросоциальные ресурсы, включающие различные виды медико-социальной помощи.

На психическое здоровье отдельных групп этнического меньшинства позитивное влияние оказывают личностные ресурсы. Данная закономерность, установленная автором в группе лиц со стратегией на эмиграцию, подтверждает теорию селективной миграции.

Основными принципами организации психогигиенической помощи малым этносам должны явиться: усиление роли этнических культурных центров, осуществление мероприятий в рамках уже существующих культурных программ, направленность оказываемой помощи на конкретные социальные группы населения.

Заключение

Стремительность социально-экономических и политических процессов, происходящих в современном мире, коренным образом меняет традиционные представления о человеке как социальном объекте, где на первый план выходят его социокультуральные особенности, во многом определяющие индивидуальное и групповое реагирование на широкий спектр социально-стрессовых ситуаций, воздействующих на психику.

В данном контексте психическое здоровье человека рассматривается как исключительно важная социальная детерминанта, формирующая основы взаимоотношений в обществе, жизненные приоритеты и систему культурно обусловленной системы ценностей.

Глобализация мировых процессов диктует необходимость рассмотрения различных аспектов психического здоровья в качестве важного компонента поступательного развития любого общества и формирования цивилизованных межнациональных отношений.

Высокий научный и практический интерес к изучению евразийского пространства обусловлен тесными историческими связями сотен различных национальностей и народностей, имеющих многовековой опыт совместного проживания в составе различных государственных образований, но сохраняющих как свое этнокультурное многообразие, так и социальную общность, придающих уникальность этому историко-культурному феномену.

В связи с этим обращение авторов настоящей монографии к проблеме психического здоровья народов, населяющих евразийское пространство, на примере народов Чувашии, Таджикистана и этнических немцев Казахстана, не случайно и обусловлено исторической общностью представленных народов.

Комплексный анализ факторов, влияющих на различные аспекты психического здоровья, представленный на основе примордиального, конструктивистского и инструментального исследовательских подходов, наиболее полно и всесторонне освещает вопросы формирования психического здоровья и различных патологических состояний, в основе которых лежат культурные особенности ценностно-смысловой

сферы, традиции, религии, языка, других важных культурных составляющих.

Особенностью настоящего исследования является выделение в качестве самостоятельного объекта изучения так называемой дизэтнической группы, которая представлена лицами, этническое самоопределение которых не соответствует национальности ни одного из родителей. Данная характеристика далее используется для формулирования понятия о социокультурной идентичности, объединяющей объективную категорию этничности с субъективной категорией этнической идентичности. Выделение в этническом самосознании объективного компонента указывает на его понимание как преимущественно постоянного и заданного (т.е. примордиального) конструкта.

Особое внимание в книге уделяется культурному своеобразием выявленной пограничной психической патологии. Предлагаемые авторами психотерапевтические подходы основаны на социокультурном статусе личности, определяемом среди прочих факторов, и соответствием традиционной культуре, что еще раз подчеркивает вклад исторически сложившейся культуры в формирование психического здоровья.

Использование примордиального подхода позволило получить важные сведения о специфических социокультурных факторах, влияющих на состояние психического здоровья личности, а именно: пограничном уровне психической дезадаптации с выделением многоуровневой структуры ее клинико-психологических форм, типов и вариантов, и на их основе предложены культурно ориентированные подходы к психотерапии и пути оптимизации мер психопрофилактики с учетом социальной ситуации в обществе.

Вторую часть данной монографии представляет рассмотрение этноса как общности людей на основе конструктивистских теорий, подчеркивающих культурную самоидентификацию описываемого социума. Данная концепция аргументируется психопатологическим анализом социально-стрессовых факторов, обусловленных сложными политическими процессами и вооруженным конфликтом, повлекшими массовые перемещения населения в начале 90-х годов в Таджикистане.

Несмотря на то что в представленном исследовании нет очевидной связи с другими конструктивистскими исследованиями, отсутствуют специфичные понятийный аппарат и лексика, некоторые особенности методологии и категорий анализа позволяют причислить его к конструктивистским. Как и большинство конструктивистов, автор концентрируется на проблемах аккультурации (социально-психологической адаптации) беженцев в стране в изменившихся за время их отсутствия условиях. Особое внимание уделяется неадекватным новой культур-

ной реальности установкам репатриантов: склонности к ориентации на внешнюю помощь (расчет на льготы, предусмотренные прежним законодательством СССР, участие властей и международных организаций в обустройстве их мирной жизни), нежеланию контактов с прежними соседями и местными органами власти из-за страха быть непонятыми или отвергнутыми. Подобно конструктивистам автор изучает клиническое значение таких культурно значимых факторов, как обычаи, степень информированности о судьбе близких, длительность пребывания в местах вынужденного поселения. Вместе с тем отличительными особенностями данной работы является рассмотрение процесса социально-психологической адаптации в рамках одной культуры, изучение влияния на психическое здоровье имевшей место в прошлом экстремальной ситуации.

В частности, многофакторное обследование таджикских женщин-беженок, репатриированных из Афганистана в места своего постоянного проживания, выявило целый комплекс последовательно действующих экстремальных ситуаций. Ключевыми дезадаптирующими факторами для репатриантов были ситуации пребывания продолжительностью до двух месяцев в зоне вооруженного внутриэтнического конфликта и вынужденного внезапного перемещения с последующим длительным проживанием в лагерях беженцев за рубежом. Социокультурная и полоролевая специфика изучаемого контингента отразилась в том, что семейные, этнические, религиозные и гендерные особенности могли играть, с одной стороны, протективную в ситуации хронического стресса, с другой – деструктивную для личности роль.

Наиболее неблагоприятными социокультурными факторами, определявшими течение и исходы дезадаптации репатрианток и формирующими «группу риска», являлись низкий уровень образования, 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 – до 31 года или больше 50 лет.

Если примордиальное и конструктивистское направления эффективны при изучении сообществ с выраженным этническим своеобразием, то для исследования групп с меньшими культурными различиями более адекватен инструментальный подход. Характерной особенностью инструментализма является понимание этноса как совокупности социальных групп, обладающих специфическими особенностями. В контексте конкретных социальных обстоятельств этничность стано-

вится своеобразным источником ресурсов, к которому обращаются люди, когда других источников для достижения поставленных целей оказывается недостаточно.

Данная этносоциальная установка была изучена на модели немецкого меньшинства в Казахстане. В этой части монографии на обширном фактическом материале раскрываются социально-политические истоки формирования специфического этнического самосознания исследуемой группы, показываются его изменения в зависимости от конкретного исторического периода. Установленные особенности этничности определили стратегию настоящего исследования. В соответствии с социальной направленностью работы главным объектом изучения явилась не клиническая, а условно здоровая выборка. Исходя из этого, в исследовании отсутствуют традиционные для эпидемиологических работ показатели заболеваемости и распространенности психических и поведенческих расстройств.

В связи с незначительностью и невыраженностью клинических различий и культурных особенностей и соответствующих им индикаторов психического здоровья, актуальных для изучаемого этноса, основное содержание исследования сконцентрировано на анализе клинического значения социальных интересов, социальных стрессоров и ресурсов. Так как этнокультурное своеобразие в данном случае не релевантно, то отпадает сама необходимость набора контрольной группы из респондентов иной национальности. В качестве объектов сравнения выступают отдельные социальные группы внутри немецкого меньшинства.

Рассмотрение с указанной позиции этого, на первый взгляд, однородного этноса выявило выраженные различия в состоянии психического здоровья в зависимости от социальных особенностей исследуемых групп и позволило наметить тактику дифференцированного психогигиенического воздействия.

Инструментализм с его социальным пониманием этноса и ведущих факторов, детерминирующих здоровье человека и общества, является оптимальной альтернативой примордиальному и конструктивистскому подходам. Необходимость подобного рода научных работ обусловлена нарастающей глобализацией, ведущей к постепенной унификации духовной и материальной культуры, сглаживанию межэтнических различий. В данных обстоятельствах основные объекты этнокультурных исследований – этничность и этнос – становятся не столько биологическими или психологическими характеристиками, сколько социальными феноменами.

Настоящее исследование содержит комплексный анализ различий психического здоровья отдельных социальных групп немецкого этнического меньшинства в Казахстане. Исследовано значение различных видов социальных стрессоров и ресурсов для психического здоровья социальных групп немецкого этнического меньшинства – изучена роль социально-демографических факторов с позиции их непосредственного вклада в формирование психического здоровья выделенных социальных групп. Установленная иерархия значимости социальных факторов, специфичная для каждой исследуемой выборки, явилась основой для проведения качественного сравнения выделенных групп. Исследование психического здоровья и личностных ресурсов социальной группы со стратегией на эмиграцию позволило подтвердить теорию селективной миграции. В отличие от ранее известных доказательств данной теории, установленные данные получены на материале обследованных в доэмиграционном периоде. На модели немецкого этноса разработаны психогигиенические рекомендации по укреплению психического здоровья малых этнических групп.

Рассмотрение в рамках данного исследования участников языковых курсов в качестве группы лиц со стратегией на эмиграцию позволило установить ряд важных потребностей, исходящих из особенностей их реагирования на социальные стрессоры. Выявленное несоответствие между отрицанием влияния макросоциальных стрессоров и субъективной значимостью фактора «разногласия с родственниками» было объяснено нами триггерным значением указанного стрессора в формировании принятия решения об эмиграции. Переселенческие установки представителей данной группы определялись тем самым больше личностными, а не социальными или экономическими причинами. Учитывая, что предшествующие миграции внутрисемейные конфликты помимо способствования собственно миграционному поведению являются неблагоприятными признаками для последующей адаптации в условиях новой страны, представляется целесообразным дополнение образовательных мероприятий услугами семейно-психологического консультирования.

На основании данного исследования предложены психогигиенические подходы к совершенствованию психического здоровья этнических меньшинств. Перспективными направлениями соответствующих видов помощи являются: усиление роли этнических культурных центров, реализация психогигиенических мероприятий в рамках уже существующих культурных программ, ориентация на конкретные социальные группы населения.

Изложенные данные свидетельствуют о несомненной продуктивности инструментального понимания этноса наряду с более распространенными примордиальным и конструктивистским подходами. Актуальность данного подхода обусловлена процессами глобализации, ведущей к постепенной унификации духовной и материальной культуры, исчезновению межэтнических различий.

Таким образом, в данной монографии мы попытались доказать, что спектр проблем психического здоровья, достигающих пограничного уровня, у населения стран евразийского культурного пространства достаточно широк и во многом связан с социокультурными характеристиками как отдельной личности, так и этнических групп в целом. Весомый вклад в клиническую специфику психического здоровья и его нарушений вносят также социально-политические и историко-культурные факторы, отражающие реалии сегодняшнего дня, традиции давно минувших дней или события недавнего прошлого. Все это совершенно необходимо учитывать не только при диагностике психических расстройств, но и при оказании специализированной помощи больным на различных уровнях и этапах ее организации. Данные факторы обязательно должны ложиться в основу создания реабилитационных и профилактических программ как для больных, так и для групп риска из здорового населения.

Одной из важных идей данной работы можно считать и предложение использовать дифференцированные диагностические, терапевтические, реабилитационные и профилактические подходы с учетом различных исследовательских стратегий, которые были продемонстрированы здесь. Примордиальный, конструктивистский и инструментальный подходы могут быть не только основой научно-исследовательской работы, но и заделом для организации практической работы по охране здоровья населения. Эффективность подобной активности может быть определена только в ходе оценки непосредственных результатов практической деятельности. И вполне естественно, что в каждом регионе, в каждой стране на евразийском пространстве культур будет свой уникальный опыт, крупницы которого могут быть использованы другими для совершенствования охраны психического здоровья населения.

Список сокращений

- АР – аффективные расстройства
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЕврАзЭС - Евразийское экономическое сообщество
МИС – опросник исследования самооотношения личности
МКБ-10 – международная классификация болезней (10-й пересмотр)
ММИЛ – методика многостороннего исследования личности, адаптированная версия опросника ММРІ
МОПЗ – методика оценки психического здоровья
НПР – невротоподобные расстройства на фоне органической патологии или физической болезни
НР – невротические расстройства
ОДКБ – Организация договора о коллективной безопасности
ООН – Организация объединенных наций
ПДР – пролонгированные депрессивные реакции
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
ППР – пограничные психические расстройства
ПР – поведенческие расстройства, связанные с физиологическими нарушениями
РЛП – расстройства личности и поведения
РК – Республика Казахстан
РТ – Республика Таджикистан
РФ – Российская Федерация
СНГ – Содружество независимых государств
СПД – социально-психологическая дезадаптация
ЦК ВКП(б) – Центральный комитет Всесоюзной коммунистической партии (большевиков)
ЦРБ – центральная районная больница
DSM-IV – классификация психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (IV пересмотр)
ІSTA – Я-структурный тест Аммона
ММРІ – Миннесотский многопрофильный личностный опросник
SCL-90 – опросник выраженности психопатологической симптоматики

Список литературы и источников

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.

Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. М., 1996. С. 20.

Александровский Ю.А. Некоторые положения учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности и современная пограничная психиатрия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 2. С. 60-63.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000. 496 с.

Александровский Ю.А. Пограничные формы нервно-психических расстройств как выражение биологической и социальной дезадаптации // Соотношение биологического и социального в человеке. М., 1975. С. 677-690.

Александровский Ю.А. Психические расстройства после чрезвычайных ситуаций // Материалы междунар. конф. психиатров. М., 1998. С. 67.

Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация // Пограничные психические расстройства. М., 1979. 270 с.

Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. №2. С. 5-10.

Александровский Ю.А., Бардеништейн Л.М., Аведисова А.С. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. М., 2000. 250 с.

Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.

Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Юров В.В., Мартошов А.Н. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. Т. 91. Вып. 12. С. 3-6.

Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. М., 1978. С. 6-28.

Артемьев И.А., Балашов П.П., Миневич Ф.Х., Орел Н.П. Миграционная активность психически больных в различных этносах // Культу-

ральные и этнические проблемы психического здоровья. М., 1996. С. 16-17.

Архив Казахстана по статистике. Ф. 698. Оп. 21. Основные показатели миграции населения в Казахстане за 1990 г. С. 234.

Асмолов А.Г. Как построить мигранта в общество: кризис утраты смысла существования // Психологи о мигрантах и миграции в России: информ.-аналит. бюл. факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 2. М., 2001. С. 12-17.

Афанасьев И.Н. Эпоха и личность: формирование и изменение этнического характера. Чебоксары, 2004. 226 с.

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.

Бельгер Г. Терзания духа // Депортированные в Казахстан народы: время и судьбы. Алматы, 1998. С. 209-237.

Бендриковский А.М. Этнокультуральные и клинико-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Республике Коми: дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 200 с.

Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988. 270 с.

Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М., 1998. С. 87-90.

Березин Ф.В., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М., 1994. 175 с.

Билз Р. Аккультурация // Антология исследований культуры. Т.1. СПб., 1997. С. 348 – 370.

Бромлей Ю.В. Национальные процессы в СССР: в поисках новых подходов. М., 1988.

Бруль В. Влияние Второй мировой войны на численность, географию расселения и образовательно-культурный уровень немцев в Казахстане // Культура немцев Казахстана: история и современность: материалы науч.-практ. конф. Алматы 9-11 октября, 1998 г. Алматы, 1999. С. 94-111.

Бушков В.И., Микульский Д.В. Анатомия гражданской войны в Таджикистане (этно-социальные процессы и политическая борьба 1992-1995 гг. М. 1996. С. 12-15.

Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их психотерапевтическая коррекция (на примере беженцев Северного Кавказа) дис....канд. мед. наук. М., 1997. 176 с.

Васильева О.С., Филатова Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М., 2001.

Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб., 2003. 736 с.

Винер Б.Е. Этничность: в поисках парадигмы изучения // Этнографическое обозрение. 1998. №4. С.5.

Виноградов М.В. К диагностике и лечению маскированных депрессий // Сов. медицина. 1979. Вып.7. С. 19-24.

ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, 2001.

ВОЗ. Инструмент для оценки систем психического здоровья Всемирной организации здравоохранения. Женева, 2005.

ВОЗ. Психическое здоровье: укрепление психического здоровья: информ. бюл. Женева, 2007. № 220.

Воинков Е.В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 18 с.

Гаврилова С.И. Психические расстройства в населении пожилого и старческого возраста (клинико-статистическое и клинко-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ...канд. мед. наук. 1984. 43 с.

Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001. С. 147.

Гали А., 2004. Цит по: Азимбай Гали против Александра Дугина // *Дугин А.Г.* Евразийская миссия Нурсултана Назарбаева. М., 2004. С. 156-164.

Гаранян Н.Г. Перфекционизм как враждебность как личностные факторы тревожных и депрессивных расстройств: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2010.

Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1998. 310 с.

Грановская Р.М. Психология веры. СПб.: 2004.

Гумилев Л.Н. Этногенез и биосфера земли. Л., 1989.

Гурович И.Я., Голанд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994-1999 гг.). М., 2000. 508 с.

Даль В. Толковый словарь великорусского языка. Т. 1-4. М., 1989. Т. 1.

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.

Депортации народов СССР (1930 – 1950 –е годы). Ч. 1 // Материалы к серии «Народы и культуры». Вып. XII. М., 1992. С. 229 – 306.

Десятников В.Ф. Маскированная депрессия: обзор литературы // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1975. С. 760-771.

Дмитриева Т.Б., Воложин А.И. Социальный стресс и психическое здоровье. М., ГОУ ВУН МЦ МЗ РФ, 2001. 248 с.

Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 1994. №2. С.39-49.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л. Мухамадиев Д.М. О факторах социально-психологической дезадаптации беженцев в местах их временного пребывания // Рос. психиатр. журн. 2000. № 6. С. 53-56.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л. Мухамадиев Д.М. Предварительные данные о формировании психогенных депрессий у вынужденно перемещенных лиц // Рос. психиатр. журн. 2000. № 5. С. 15-17.

Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А. Социальные факторы и психические расстройства у женщин. Очерки социальной психиатрии / под ред. член-корр. РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 1998. С. 151-171.

Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. 448 с.

Дробижеева Л.М. Этнополитические конфликты. Причины и типология // Россия сегодня: трудные поиски свободы. М., 1993. С. 51.

Дроздовский С.А., Творогова Н.А. Заболеваемость психическими расстройствами в возрастных группах населения Чувашской Республики и Российской Федерации // 3-й съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: тез. докл. Чебоксары, 2005. С. 77-80.

Дубравин В.И. Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): автореф. ... канд. мед. наук. М., 2001. 31с.

Дугин А.Г. Евразийская миссия Нурсултана Назарбаева. М., 2004. 288 с.

Евдокимова Т.Е. Психическое здоровье бачатских телеутов: (клинико-демографическая характеристика): дис. ... канд. мед. наук. Белово, 2004. 142 с.

Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб., 2004. 480 с.

Ефремов Ю.К. Евразия // Большая советская энциклопедия. М., 1977.

Жариков Н.М., Иванова А.Е., Юринов А.С. Факторы, влияющие на состояние и динамику психического здоровья населения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1996. №3. С. 79–87.

Зиновьев А.А. Запад. М., 2007.

Иванова А.Е. Психическое здоровье населения: демографический аспект // Здравоохранение Российской Федерации. 1993. №12. С. 7-11.

Иванова Л.В. Индуизм. М., 2003.

Игнатъев Ю.В. Социокультуральные детерминанты психического здоровья этнических меньшинств: материалы Междунар. конф. молодых ученых «Молодежь и наука: от мечты к открытию» 28 апреля 2006. Алматы, 2006. С. 43-44.

Игнатъев Ю.В. Адаптация шкалы аккультурации для изучения психического здоровья этнических меньшинств // Астана медициналык журналы. 2007. Т. 39, №. 3. С. 13-15.

Игнатъев Ю.В. Влияние социальных стрессоров на психическое здоровье отдельных групп этнических немцев в Казахстане // Вопр. ментальной медицины и экологии. 2008. Т. 14. №2. С. 18-24.

Игнатъев Ю.В. Внедрение в социально-психиатрическую практику нового метода исследования этнических меньшинств // Астана медициналык журналы. 2007. Т.41. № 5. С.40.

Игнатъев Ю.В. Диагностика этнического самосознания в структуре психиатрических программ // Современные методы лечения, диагностики и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами: сб. тр. Республиканской науч.-практ. конф. 3-4 мая 2007 года. Алматы, 2007. С. 68-71.

Игнатъев Ю.В. Диагностика этнокультуральной идентичности в клинко-психопатологическом исследовании // Вестн. казахского национального мед. университета. 2006. (приложение № 2). С. 109.

Игнатъев Ю.В. Значение микросоциальных ресурсов для психического здоровья этнических немцев в Казахстане // Вопр. ментальной медицины и экологии. 2008. Т. 14. №2. С. 25-32.

Игнатъев Ю.В. Клинико-эпидемиологические характеристики психического здоровья этнических меньшинств (обзор литературы) // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2006. Т. 29. № 3. С. 25-33.

Игнатъев Ю.В. Макросоциальные ресурсы и психическое здоровье казахстанских трудармейцев и жертв политических репрессий // Вопр. ментальной медицины и экологии. 2008. Т. 14. №2. С. 33-40.

Игнатъев Ю.В. Микросоциальные ресурсы и психическое здоровье отдельных групп немецкого этноса в Республике Казахстан // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2008. Т.31. № 2. С. 25-33.

Игнатъев Ю.В. О понятии «здоровье» в психиатрии // Валеология – научная основа охраны здоровья населения: материалы первой науч.-практ. конф. 23–24 ноября 1997. Алматы, 1997. С. 135-136.

Игнатъев Ю.В. О психологических аспектах межкультурной коммуникации // Центральная Азия: диалог культур в процессе глобализации. Алматы, 2005. - С. 336 – 344.

Игнатъев Ю.В. Парадигмы этнокультуральной психиатрии // Материалы III съезда врачей и провизоров республики Казахстан 18-19 октября 2007. Том II. (часть 1). Астана, 2007. С. 99-101.

Игнатъев Ю.В. Применение опросников качества жизни в диагностике психического здоровья этнических меньшинств // Вопр. морфологии и клиники. Вып. 20. Алматы, 2007. С. 76–78.

Игнатъев Ю.В. Психическое здоровье этнических меньшинств в контексте стратегии аккультурации: материалы рос. конф. «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии» Пленум Правления Российского общества психиатров, руководителей психиатрических и наркологических учреждений. 9-11 октября 2007. М., 2007. С. 52.

Игнатъев Ю.В. Развитие личностных ресурсов в укреплении психического здоровья этнических меньшинств: материалы второй Междунар. конф. молодых ученых «Молодая наука: евроазиатский аспект» 11 мая 2007. Алматы, 2007. С. 66-68.

Игнатъев Ю.В. Роль аккультурации в формировании психического здоровья этнических меньшинств // Вестн. казахского национально-го мед. университета. 2006. Т. 22. № 3. С. 136-139.

Игнатъев Ю.В. Роль медико-социальной помощи в укреплении психического здоровья казахстанских трудармейцев и жертв политических репрессий // Медицина. 2008. Т. 72. №6. С. 45-48.

Игнатъев Ю.В. Самоэффективность и психическое здоровье отдельных групп немецкого этноса в Республике Казахстан // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2008. Т. 31. № 2. С. 56-61.

Игнатъев Ю.В. Социальные стрессоры и психическое здоровье отдельных групп немецкого этнического меньшинства в Казахстане // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2008. Т. 31. № 2. С. 41-48.

Игнатъев Ю.В. Социальные факторы формирования психического здоровья этнических меньшинств // Вопр. морфологии и клиники. Вып. 18. Алматы, 2006. С. 206-207.

Игнатъев Ю.В. Социальные факторы, влияющие на психическое здоровье этнических меньшинств // Вопр. морфологии и клиники. Вып. 19. Алматы, 2006. С. 93-105.

Игнатъев Ю.В. Техника репертуарных решеток в диагностике особенностей психического здоровья // *Вопр. морфологии и киники.* Вып. 19. Алматы. 2006. С. 91-92.

Игнатъев Ю.В. Факторы, влияющие на психическое здоровье этнических немцев, эмигрирующих из Казахстана: материалы XIII Республик. науч.-теорет. конференции «Актуальные проблемы этнопсихологии и этнопедагогике в новом Казахстане». Алматы, 2008. С. 158-161.

Игнатъев Ю.В. Этнокультуральные аспекты психиатрических исследований // *Вопр. морфологии и клиники.* Вып. 20. Алматы, 2007. С. 73 -75.

Игнатъев Ю.В., Иванченко Н.Г. Тактика внедрения опросника общего здоровья в медицинскую практику Казахстана // *Гигиена, эпидемиология и иммунобиология.* 2006. Т. 29. № 3. С. 102-104.

Игумнов С.А., Гелда А.П. Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи в современном мегаполисе (на примере г. Минска) // *Суицидология.* 2010. № 1. С. 18.

Игумнов С.А., Григорьева Н.К. Охрана психического здоровья детей и подростков Беларуси: проблемы и перспективы // *Мед. журнал.* 2007. № 2. С. 50.

Ильина С.В. Эмоциональный опыт насилия и пограничная личностная организация при расстройствах личности: дис. ... канд. психол. наук. М., 2000. 241 с.

Иммерман К.Л. Затяжные реактивные психозы в судебно-психиатрической клинике: дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1969.

Иодковский Э. Мы – Евразия // *Континент.* 1992. № 70. С. 317-334.

Истомин С.Л. Систематическое исследование стресса и копинга в семьях больных неврозами (в связи с задачами психопрофилактики и психотерапии): автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1998. 17 с.

История российских немцев в документах (1763–1992 гг.) М., 1993. С. 190–200.

Казахстан в цифрах: краткий стат. сб. Алма–Ата, 1990. С.18.

Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. М., 1914. С.325

Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1980. 448 с.

Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1990. 576 с.

Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., 1998. 752 с.

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985. 303 с.

Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. и др. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей. СПб., 1999. 22 с.

Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., Бочаров В.В. и др. Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб., 2003. 438 с.

Картов А.М. Самозащита от саморазрушения: образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей и стрессов. М., 2005. 136 с.

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.

Кекелидзе З.И., Демонова Д.П. Психические расстройства, возникающие у беженцев // Пограничная психиатрия: сб. науч. тр. ГНЦ им. В.П. Сербского. 2001. С. 128-131.

Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея: дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. 288 с.

Клакхон К., Келли В. Понятие культуры // Человек и социокультурная среда. М., 1992.

Ковалев В.В. Психиатрия раннего детского возраста. М., 1995. С.67-146.

Ковалев В.В., Асанова Н.К. ПТСР у детей и подростков вследствие стихийных бедствий и катастроф (вопросы семейной психотерапии) // Соц. и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. №2. С. 31-35.

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.

Колотилин Г.Ф. Влияние этнических факторов на клинику алкоголизма у аборигенов Дальнего Востока // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М., 1996. С. 125 -130.

Колчигина С.Ю. Концептуальное обновление идеи евразийства в новых геополитических реалиях // Евразийство в XXI веке: проблемы и перспективы. Алматы, 2009. С. 61-111.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Подготовка альтернативного доклада. Проект ООН Феминистская лига при поддержке Фонда Сорос Казахстан. 26 марта 2004. Алматы, 2004. С. 20-22.

Королев В.В. К вопросу разграничения реактивных состояний и психопатий // Психогении. Тамбов. 1979. Вып. I.

Короленко Ц.П. Теоретико-методологические основы транскультуральных исследований психического здоровья // Социокультуральные проблемы современной психиатрии: материалы VIII Кербиковских чтений. М., 1994. С. 63–57.

Короленко Ц.П. Транскультуральные аспекты аддиктивного поведения и психических расстройств в современной России // XII съезд психиатров России. М., 1995. С. 80–81.

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск, 2009. 248 с.

Кочуров В.Ю., Ковалев, Ю.В., Широбокова О.Б., Корженевская Н.Б. Эпидемиологические, клинические и этнокультуральные особенности аффективных расстройств в Удмуртии // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Вып. II / под. ред. Б.С. Положего, А.А. Чуркина. М.; Ижевск, 1997. С. 129-132.

Краснянский А.Н. Посттравматические стрессовые расстройства // Синапс. 1993. №3. С. 14-34.

Краткий статистический ежегодник Казахстана 1998. Агентство Республики Казахстан по статистике. Алматы, 1999. С. 156.

Кригер В. Особенности кадровой политики государства в отношении российских немцев в советский период // Культура немцев Казахстана: история и современность: материалы науч.-практ. конф. Алматы 9-11 октября, 1998; Алматы, 1999. С. 68-93.

Крысько В.Г. Социальная психология. М., 2004.

Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 380 с.

Кузнецов В.С. Конфуцианство в современном Китае // Вопр. истории. 1997. № 10. С. 155-159.

Курганская В.Д. Правосознание этнических групп Казахстана: социокультурный контекст формирования. Алматы, 2004.

Лазебник А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения у подростков Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 27 с.

Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970. 218 с.

Лебедева Н. М. «Синдром навязанной идентичности» и способы его преодоления // Этническая психология и общество. М., 1997. С. 104–115.

Лебедева Н.М. Введение в этническую и кросс-культурную психологию. М. 1999. С. 23 -25.

Линдемманн Э. Клиника острого горя // Адлер А. Трансформация и сублимация сексуальной энергии. Психоаналитические очерки. М., 1996. С. 225-233.

Магомед-Эминов М.Ш. Психологи о мигрантах и миграции в России: информ.-аналит. бюл. факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 2. М., 2001. С. 12-17.

МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. Спб. 2001. 135 с.

Малинин Г.В., Дунаев В.Ю., Курганская В.Д., Нысанбаев А.Н. Теория и практика межэтнического и межкультурного взаимодействия. Алматы, 2002. 305 с.

Масанов Н. Положение этнических меньшинств в суверенном Казахстане. Фонд имени Ф. Эберта. Алматы, 1996. С. 2-23.

Мацумото Д. Психология и культура. СПб., 2002. 416 с.

Менделевич В.Д. Транскультуральные аспекты психотерапевтической теории и практики // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья: сб. науч. тр. М; Ижевск, 1997. С. 43-47

Мид М. Культура и преемственность // Мид М. Культура и мир детства. М., 1988. С. 132-361.

Миневич В.Б. Болезни психики в контексте тибетской медицины. Улан-Удэ; Томск, 1995. 58 с.

Миневич В.Б. Психические расстройства в контексте психологической антропологии // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М., 1996. С. 55 -57.

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

Мишкинд А.Д. О формах алкогольного опьянения в различных национально-этнических группах севера Западной Сибири // сб. науч. тр., посвященный 100-летию кафедры нервных и душевных болезней императорского Томского университета. Томск, 1992. С. 214-215.

Мухамдиев Д.М. Некоторые клинические особенности затяжных депрессивных состояний у женского контингента репатриированных беженцев // Рос. психиатр. журн. 2003. № 3. С. 23-25.

Мухамдиев Д.М. Особенности депрессивных состояний у репатриированных женщин-беженок // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 103. №1. С. 21-23.

Мухамдиев Д.М. Особенности формирования невротических расстройств, связанных со стрессом у репатриированных женщин-беженок // Пайёми Сино (Вестник Авиценны). 2003. № 1-2. С. 17-22.

Мухамадиев Д.М. Патохарактерологическое развитие личности в картине психических расстройств репатриированных женщин-беженек // Известия Академии наук Республики Таджикистан. 2003 С. 62-66.

Мухамадиев Д.М. Социально-психологические проблемы лиц, находящихся в вынужденной миграции // Здоровье и народонаселение. UNFPA, 2000. №1. С. 20-22.

Мухамадиев Д.М. Суициды в Таджикистане: международные методы учета, оценки и критерии исследования: практ. рук-во. Женский Фонд ООН. Душанбе, 2008. 36 с.

Мухамадиев Д.М. Таджикские женщины: психология и реабилитация стресса. Душанбе, 2006. 160 с.

Мухамадиев Д.М., Ганиев Ф.И. Судебно-медицинские и медико-социальные вопросы суицидологии. Душанбе, 2009. 121 с.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Пограничные психические расстройства и качество жизни пострадавших при минно-взрывной травме. Душанбе, 2009. 167 с.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Социально-психиатрическая оценка качества жизни гражданских лиц, пострадавших в результате минно-взрывной травмы // Рос. психиатр. журнал. 2010. №1. С 63-67.

Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Некоторые аспекты социально-психологической оценки качества жизни у различных групп населения Таджикистана // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. №4. С. 53-55.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.

Назарбаев Н.А. Общественное согласие – основа демократического развития Казахстана // Казахстанская правда. 30 апреля. 1996.

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.

Наследов А.Н. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб., 2006. 390 с.

Незнанов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А. Куда идешь? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 4. С. 4-9.

Незнанов Н.Г., Телия К.К. Социально-психологические стрессоры и их последствия при вынужденной миграции // Соц. и клиническая психиатрия. 2001. № 4. С. 31.

Незнанов Н.Г., Щеглова И.Ю. Характеристика депрессивных расстройств у пациенток с хроническими тазовыми болями // Соц. и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 27-32.

Немцы в России и СНГ 1763 – 1997. М. Штутгарт, 1998. С. 357.

Нечипоренко О.В., Насынбаев А.Н. Россия и Казахстан в XXI веке. Опыт модернизационных реформ. Новосибирск, 2005. 411 с.

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.

Николаев Е.Л. О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // Соц. и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 38-45.

Николаев Е.Л. Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями // Вестн. Чуваш. ун-та. 2005. №3. С. 285-291.

Николаев Е.Л. Клинико-психологический контекст социокультурного исследования семейных и ценностных ресурсов кризисной личности // Семья в России. 2005. № 2. С. 31-51.

Николаев Е.Л. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестн. Чуваш. ун-та. 2006. №4. С. 361-366.

Николаев Е.Л. Концепции нозогенеза в традиционном чувашском мировоззрении // Вестн. Чуваш. ун-та. 2004. №1. С. 171-176.

Николаев Е.Л. Кросскультуральное исследование копинг-стратегий в здоровой популяции // Вест. Чуваш. ун-та. 2004. №2. С. 38-48.

Николаев Е.Л. Кросскультуральный диалог в современной психотерапии // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2005. № 3. С. 8-12.

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.

Николаев Е.Л. О двух подходах в современной психотерапии // Традиционные методы лечения в клинике внутренних болезней: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2000. С. 47-48.

Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.

Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестн. психотерапии. 2005. № 14 (19). С. 9-20.

Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вест. Чуваш. ун-та. 2005. №2. С. 90-99.

Николаев Е.Л. Современные модели психотерапии и немедикаментозные методы лечения // Немедикаментозные методы лечения: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2001. С. 34-35.

Николаев Е.Л. Социально-психологические проблемы сохранения интегрального здоровья семьи // Семья в России. 2002. №2. С. 63-79.

Николаев Е.Л. Социокультуральные детерминанты психического здоровья. Чебоксары, 2005. 100 с.

Николаев Е.Л. Этнокультуральные аспекты психотерапии (аналитический обзор) // Рос. психиатр. журнал. 2005. № 5. С. 62-67.

Николаев Е.Л., Абрамова Н.М., Орлов Ф.В. Психотерапия символами в комплексном лечении депрессии // Рос. психиатр. журнал. 2002. № 4. С. 56-59.

Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н. Эпоха и этнос: проблемы здоровья личности. Чебоксары, 2004. 268 с.

Николаев Е.Л., Орлов Ф.В. Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы // Соц. и клиническая психиатрия. 2005. № 2. С. 82-84.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестн. Чуваш. ун-та. 2010. №4. С. 164-170.

Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.

Нурмагамбетова С.А. Пограничные психические расстройства у военнослужащих срочной службы: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 293 с.

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

Нысанбаев А.Н. Евразийство как система новых ценностей и отношений // Евразийство в XXI веке: проблемы и перспективы. Алматы, 2009. С. 9-60.

Павлова М.С. Расстройства адаптации у вынужденных мигрантов. Клинические особенности, комплексная программа терапии и реабилитации: автореф. дис....канд. мед. наук. М., 2000. 24 с.

Панарин А.С. Россия в Евразии: геополитические вызовы и цивилизационные ответы // Социальная философия и философская антропология: труды и исследования. М., 1995.

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. конгресса по соц. психиатрии. М., 2004. С. 92.

Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия. М., 1992. 240 с.

Пезешкиан Х. Восемь лет в стране чудес – опыт европейского психотерапевта и взгляд в будущее // *Вопр. ментальной медицины и экологии.* 2000. № 1. С. 56-57.

Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. М. 1996.

Плетнев Д.Д. К вопросу соматической «циклотимии» // *Рус. клиника.* 1927. Т. 7. № 36. С. 496-500.

Позняк В.Б., Гайдук Ф.М., Солодшая Т.Л. Социальная психиатрия: основные задачи и перспективы развития в Республике Беларусь // *Проблемы психиатрии в Республике Беларусь.* Мин., 1995. С. 64-71.

Положий Б.С. Культуральная психиатрия: взгляд на проблему // *Рос. психiatr. журнал.* № 3. 1997. С. 5-10

Положий Б.С. Социальное состояние общества и психическое здоровье // *рук-во по соц. психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой.* М., 2001. С. 36-51.

Положий Б.С. Социальные и политические аспекты пограничных состояний в современных условиях: сб. науч. тр., посвященный столетию кафедры нервных и душевных болезней императорского Томского университета (1892 – 1992). Томск, 1992. С. 64-69.

Положий Б.С. Социокультуральные особенности психического здоровья в условиях реформирующегося общества // *Психиатрия и общество: сб. науч. работ, посвященный 80-летию Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.* М., 5-7 декабря 2001. М., 2001. С. 152

Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* 1996. №1-2. С. 136-143.

Положий Б.С. Транскультуральная психиатрия. Очерки социальной психиатрии / под ред. член-корр. РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 998. С. 272-309.

Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.

Пономарев Г. Н., Сафронов Н.М., Косенко В.Г. Влияние неблагоприятных социально-экономических и средовых факторов на психическое здоровье населения // *Социальная и судебная психиатрия: история и современность: сб. науч. тр.* М., 1996. С. 69-70.

Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности / под ред. Г.У. Солдатовой. М. 2002. С. 281-283.

Рахимов А.Р. Социально-экономические преобразования в таджикской деревне. Душанбе, 1982. С.27-31.

Реверчук И.В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Удмуртской Республике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2002. 22 с.

Ретина 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.

Ресслер В. Публичное внимание к психическому здоровью // Эндогенная депрессия: клиника, патогенез. Иркутск, 1992. С. 83.

Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. М., 2001. С. 28.

Савенко Ю.С. Переболеть Фуко // НЛО. 2001. № 49.

Садовская Е.Ю. Миграция в Казахстане на рубеже XXI века: основные тенденции и перспективы. Алма-Ата, 2001. 259 с.

Садохин А.П. Этнология. М., 2001. С. 78-93.

Святоц А.М. Неврозы. М., 1982. С.11-12.

Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Ленинград, 1987. С.48.

Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск, 1999. 403 с.

Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск, 2001. 162 с.

Сергеев М.П. Внутрисемейная агрессия психических больных (судебно-психиатрический и социокультурный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.

Сергеева Е.Н. Мужчины и женщины: два мира ценностей. М., 2001. С. 89

Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб., 1996. 349с.

Сидоров П.И. Основные направления этнопсихиатрических исследований у народностей Севера // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1991. №1. С. 15 -26

Сидоров П.И. Психическое здоровье населения и стратегии развития психиатрии Востока и Запада // Экология человека. 2001. №4. С. 8-12.

Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ: рук. по соц. психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001 С. 219-233.

Сидоров П.И. Социальный стресс // Экология человека. 2002. №5. С. 25-29.

Сидоров П.И., Борисова Л.Г. Психическое здоровье беженцев и мигрантов в Европе: обзор // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. №1. С.75-86.

Сидоров П.И., Муратова И.Д. Медико-социальные особенности психического здоровья населения Крайнего Севера // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. С. 107-108.

Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 1994. 283 с.

Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Соц. и клиническая психиатрия. 1997. №1. С.5-18.

Сокулер З. Структура субъективности, рисунки на песке и волны времени // Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.

Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Шарова О.Д. Жить в мире с собой и другими: тренинг толерантности для подростков. М. 2000. 125с.

Солдатова Г.У., Сулова М.В., Л.А.Шайгерова. Психологическая помощь Красного Креста вынужденным мигрантам из Чечни: проблемы, подходы и результаты // Психологи о мигрантах и миграции в России: информ.-аналит. бюл. факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 2. М. 2001. С.93-106.

Соловьева Г.Г. Евразийская идентичность: теоретические аспекты // Евразийство в XXI веке: проблемы и перспективы. Алматы, 2009. С. 112-171.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная терапия. М., 2005. 376 с.

Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. М., 2003. 368 с.

Стратегия гендерного равенства в Республике Казахстан на 2006-2016 годы. С.17

Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестн. Костромского гос. ун. имени Н.А. Некрасова. 2009. № 1. С. 328-332.

Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный контекст // Вестн. Чуваш. ун. 2006. №1. С. 281-288.

Сухарев А.В. Психологический этнофункциональный подход к психической адаптации человека: дис. ... д-ра психол. наук. М., 1998. 352 с.

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. Т.2. С. 27-197.

Тарабарина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О. Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности, вопросы терапии // *Матер. Мед.* 1996. №1 (9). С. 57-68.

Тарабарина Н.В., Щапова М.Ю. Посттравматическое стрессовое расстройство: опыт зарубежных этнопсихологических исследований // *Психол. обозрение.* 1998. № 2. С. 72-80.

Таукенова Л.М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995. 24 с.

Ташлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. СПб., 1994. 25 с.

Телушкин Й. Еврейский мир. М., 2009.

Тиганов А.С., Видманова Л.Н., Платонова Т.П. Маскированные депрессии. М., 1985. 21 с.

Тишков В.А. Очерки теории этноса и политики этничности в России. М., 1997. С. 92.

Трубецкой Н.С. Общевразийский национализм // *Евразийская хроника.* Париж, 1927. № 9. С. 24-31.

Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. М., 2003. 296 с.

Уваров И.А. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности психических расстройств у подростков в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.

Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987. 304 с.

Фасмер М. Этимологический словарь русского языка. В 4 т. Т.2. М., 1986.

Федотов М.Р. Этимологический словарь чувашского языка. В 2 т. Т.2. Чебоксары, 1996.

Фоменко Ю., Нестеренко С., Нурсултан Назарбаев: Законопослушание и порядок – основа нашей стабильности // *Казахстанская правда.* 30 марта. 2002.

Фрейд З. Будущность одной иллюзии. М., 1999.

Фрейд З. О психоанализе. Пять лекций // *Хрестоматия по истории психологии.* М., 1980.

Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.

Хармз В. Психологическая адаптация эмигрантов (на материале исследования иракских эмигрантов в Швеции). СПб., 2002. С. 114.

Хвилицкий Т.Я. Формы депрессивных состояний, их психопатологическая динамика и особенности лечения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1972. Вып. 4. С. 575-568.

Хвостова О.И. Распространенность депрессивных и тревожных проявлений у алтайцев: автореф. ...канд. мед. наук. Томск, 2002. 22 с.

Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройства аффективного спектра. М. 2011. 480 с.

Хохлов Л.К., Турлаев В.Г., Мельников В.Ф., Савельев А.И. О видоизменении психопатологии в современных российских условиях // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. М., 1996. С. 90 -92.

ЦЕССИ-Казахстан. Институт сравнительных социальных исследований, 2000.

Цыганков Б.Д., Белкин А.И. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения): Метод. рекомендации. М. 1992.

Цыганков Б.Д., Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: рук-во для врачей. Кисловодск. 1998. С. 10-35.

Цыцарев С.В. Культуральные факторы в диагностике психических нарушений в общемедицинской практике: опасности универсализма // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. СПб., 2005. С. 73-75.

Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: дис. ... д-ра психол. наук. Бишкек, 1998. 414 с.

Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1994. 25 с.

Чуркин А.А. Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии // Культуральные и этнические проблемы психич. здоровья: сб. науч. тр. М. Ижевск, 1997. С. 10-16.

Чуркин А.А. Психическое здоровье населения России// Врач. 1995. № 6. С. 22.

Шнирельман В. Евразийцы и евреи // Вестн. Евразии. 2000. № 1.

Щербатский Ф.И. Избранные труды по буддизму. М., 1988.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990. 192 с.

Этно-культуральная ситуация в Афганистане. Расы и народы М., 1986. С. 43-47.

- Юнг К.Г.* Психологические типы. М., 2001.
- Юрьева Л.Н.* История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев, 2002.
- Юрьева Л.Н.* Кризисные состояния. Днепропетровск, 1998.
- Ягафова Е.А.* Этническая история и культура народов Урало-Поволжья. Самара, 2002.
- Ялтонский В.М.* Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1995. 396 с.
- Ястребов В.С.* Охрана психического здоровья – приоритетная задача государства и общества // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, № 3. 2001. С. 6-9.
- Яцков Л.П.* Клиника, психотерапия, профилактика пограничных состояний. Владивосток, 2004. 232 с.
- Яцухин А.Н.* Религиозно-культурные аспекты воспитания молодежи в бiculturalных семьях // Культура немцев Казахстана: история и современность: материалы науч.-практ. конф. Алматы 9-11 октября, 1998. Алматы, 1999. С. 127– 135.
- Adamopoulou A., Caryfallios G., Bouras N. & Koulomas G.* Mental Health and primary Care in ethnic groups. Greek Cypriots in London: A preliminary in visitation // International Journal of Social Psychiatry. 1990. Vol. 36. P. 244 -251.
- Alderete E., Vega W.A., Koldy B. Aquiar – Gaxiola S.* Lifetime prevalence of and risk factors for Psychiatric disorders among Mexican migrant farmwork kens in California // American Journal of Public Health. 2000. Vol. 90. P. 608 -614.
- American Psyhiatric Association. Diagnostic and statistical manual mental disorders (3rd.ed). Washington, DC: can Psychiatric Association. 1980.
- Amirkhan J.H.* Factor analytically drived measure of coping: The Coping Strategy Indicator // J. Person. Soc. Psychology. 1990. No 5. P. 1066-1079.
- Ansari H.* The Infidel Within: The History of Muslims in Britain, 1800 to the Present. C. Hurst and Co. Publishers. 2004. P. 93-94.
- 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.
- Arber S.* 1997 Comparing Inequality in Women's and Men's Health. Britain in the 1990s //Social Science & Medicine. 2000. Vol. 44. P. 773-788.

Arcia E., Skinner M., Bailey D. et al. Models of acculturation and health behaviors among Latino immigrants to the US // *Social Science & Medicine*. 2001. Vol. 53. P. 41–53.

Askin K.D.-War Crimes Against Women: Prosecution in International War Crimes Tribunals // M.Nijhoff, The Hague, 1997.

Asuni T. Understanding of psychiatric problems of migrant with special defense to African migrants // *Atti. Del. II Congresso Internazionale Roma*. 1990. P.54-60.

Atkinson R.L., Atkinson R.C., Hilgard E.R. Introduction to psychology. N.Y.: Harcourt Brace Javanovich Publ., 1983.

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.

Bandura A. Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Hrsg). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, 1969. DC: Hemisphere, P. 3-38.

Bandura A. Social learning theory. Englewood cliffs. New York: Prentice Hall, 1977.

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.

Baron L. et.al. Stress resilience, locus of control, and religion of Holocaust victims. *J-Psychol.* 1996, 5, 513-525.

Barry G.H. Social factors of mental disorders // *J. Child Psychol., Psychiatry*. 2003. Vol. 56. P. 1119 -1129.

Beiser M., Dion R., Gotowiec A., Hyman I. Immigrant and refugee children in Canada // *Canadian Journal of Psychiatry*. 1995, Vol. 40. P. 67–72.

Belle D. The stress of caring: women as providers of social support // L. Golderberg, Breznitz S. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. 1982., New York: Free Press. P.496-505.

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.

Berry J.W. (a) Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures // R.W. Brislin (Ed.) *Applied cross – cultural psychology*, 1974. Vol. 5. P. 232 – 253.

Berry J.W. Acculturation as varieties of adaptation // *Acculturation: theory, models and some new findings*. Bodler, CO: Westview, 1980. Vol. 7. P. 9 – 25.

Berry J.W. Immigration, acculturation, adaptation // *Applied Psychology*, 1997. Vol. 46. P. 5 – 68.

Berry J.W., Annis R.G. (b) Acculturative stress: The role of ecology, culture and differentiation // *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1974. Vol. 5. P. 382 – 386.

Berstein M.: Marginality and Mental Health // *International Journal of Mental Health*, 1976. Vol. 5, N2. P. 24-29.

Bhugra D. Migration and depression // *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 2003. Vol. 418. P.67 – 72.

Bhugra D., Baldwin D.S., Desai M. et al. Attempted suicide in west London, II. Inter – group comparisons // *Psychol. Med.* 1999. Vol. 90. P. 1131 – 1139.

Bhugra D., Bhui K. The Asian cultural identity schedule: an investigation of culture and deliberate self harm // *J. Meth. Psychiatr. Res.* 2000. Vol. 8. P. 212 – 218.

Bhui, K., Brown, P., Hardie, T., et al. African-Caribbean men remanded to Brixton Prison. Psychiatric and forensic characteristics and outcome of final court appearance. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172, 337-344.

Biegel D.E., Mc Cardle E. Social networks and mental health. An annotated bibliography. Beverly Hills: Sage. 1985.

Bilankis N., Madianos M.G. & Liakos A. Psychiatric morbidity among repatriated Greek migrants in a rural area // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1995. Vol. 2450. P. 36 – 44.

Binder J. Simoes M. Socialpsychiatrie der Gastarbeiter // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1978. Vol. 46. S. 49-57.

Blum H.V., Boyle M.H., Offord D.R. Single-parent families: Child psychiatric disorder and school performance // *J. Amer. Acad. Child. Adolest. Psychiatr.* 1998. Vol. 27. № 2. P. 214 – 219.

Braun M. Soziale Unterstuetzung und Wohlbefinden. Berlin, 1989. S. 23-25.

Brennecke R. Armut. Gesundheitsbeschwerden und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Arbeitspapier 32. Sonderforschungsbereich 3, Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik der J.W. Goethe - Universitaet Frankfurt und der Universitaet Mannheim: Frankfurt a. M., 1980.

Breslau N., Davis G.C., Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prespective analysis // *Am. J. Psychiatry*. 1995. Apr. Vol. 152. №4. P. 529-539.

Brislin R.W., Cushner K., Cherrie C., Yong M. Intercultural interactions: A practical guide. Beverlhy Hills (Cal.) etc.: Sage, 1986.

Brown G.H., Harris T. Social Origins of Depression. London, 1978.

Brown M. On the concept of social psychiatry // *J. Psychol.* 2004. Vol. 42. P. 229 – 239.

Bundesministerium fuer Gesundheit und Soziale Sicherung. Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMGS, Bonn, 2005.

Bürgin D. Betwixt and between: The identity problems of second-generation immigrant children // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives* Basel. 2001. P. 155-165.

Burnham A., Hough R.L., Kamo M., Escobar J.I. & Telles C. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican // *Americans Los Angeles Journal of Health Behavior.* 1987. Vol. 90. P. 89 – 102.

Byrne B. Gender, conflict and development // *Bridge Briefings on development and gender.*-Ministry of foreign affairs, Netherlands, 1996.

Castles S., Kosack G. Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe. London. 1973.

Cederblad M., Hook B. Irhammar M. et al. Mental Health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study // *J. Child Psychol., Psychiatry.* 1999. Vol. 40. P. 1239 -1248.

Chahndrasena R. Sneyder's First Rank Symptoms: an international and interethnic comparative study // *Acta. Psychiatr. Scand.* 1987. Nov. 76 (5). P. 574-578.

Chandler T., Shama D., Wolf F., Planchard S. Multiattributational causality: A five cross – national samples study // *Journal of Cross – Cultural Psychology.* 1998. Vol. 29. P. 32 – 62.

Chandza V., Ganguli M., Ratcliff G. et al. Studies of the epidemiology of dementia: comparisons between developing countries // *Aging Milano.* 1994. Oct. Vol.6. № 5. P. 307 – 324.

Chang S.C. An effective analytical psychotherapy in crosscultural context. An East Asian student in the United States // *Am. J. Psychother.* 1998. No 2. P. 299-239.

Church J., Lonner W.J. The cross – cultural perspective in the study of personality: Rationale and current research // *Journal of Cross – Cultural Psychology.* 1998. Vol. 29. P. 18 – 29.

Claes M.E. Friedens hip and personal adjustment during adolescence. // *J. Adolesc.* 1992. Vol. 15. P. 39 -55.

Clark G. A Farewell to Alms: A Brief Economic History of the World. 2007. Princeton University Press.

Clark M.L., Ayers M. Friedens hip similarity during early adolescence: gender and racial patterns // *J. Psychol.* 1992. Vol. 17. P. 393 – 405.

Cohen S., Hobermann H.M. Positive events and social supports as buffers of life change stress // *Journal of Applied Social Psychology.* 1983. Vol. 13. P. 99-125.

Comas-Diaz L., Jacobsen F.M. Ethnocultural allodynia // *J. Psychother. Pract. Res.* 2001. No 4. P. 246-252.

Connolly A. To speak in tongues: language, diversity and psychoanalysis // *J. Anal. Psychol.* 2002. No 3. P. 359-382.

Cooksey E.C., Mott F.L., Neubauer S.A. Friedens hip and early relationships; links to sexual initiation among American adolescents born to young mothers // *Perspect. Sex. Reprod. Health.* 2002. Vol. 34. P. 118 – 126.

Coutinho Eda S., de Almeida Filho N., Mazi Jde J., Rodrigues L. Minor psychiatric morbidity and internal migration in Brazil // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2000. Vol. 31. 173 – 179.

Crijnen A.A., Achenbach T.M., Verhulst F.C. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the child behavior checklist syndrome constructs // *Am. J. Psychiatry.* 1999. Vol. 568. P. 574.

Cushman P. Why the self is empty: Toward a historically situated psychology // *American Psychologist.* 1990. Vol. 45. P. 599 – 611.

Da Canhota C.M., Piterman L. Depressive disorders in elderly Chinese patients in Macau: a comparison of general practioners' consultations with a depression screening scale // *Aust. N.Z.J. Psychiatry.* 2001. Vol. 35. N 3. P. 336-344.

DAK Gesundheitsmanagement (Hrsg.) DAK Gesundheitsreport. DAK, Hamburg. 2004.

Dauer S. Zu Wechselwirkung von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In *Dauer S., Henning H. (Hrsg.) Arbeitslosigkeit und Gesundheit.* Mitteldeutscher Verlag, Halle. 1999. S. 12-23.

Davidson J.R. Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Options, Long-term Follow-up, and predictors of outcome // *J.Clin.Psychiatry.* 2000. Vol.61 (suppl 5). P. 52-56.

Davies L.C., McKelvey R.S. Emotional and behavioral problems and competencies among immigrant and non – immigrant adolescents // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 32. P. 658 – 655.

Der Ausländersurvey. Sozial und politisch ‚integriert‘? von Alois Weidacher, Hartmut Mittag, Holger Quellenberg und Evelyn Brislinger, 1997

Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report // Psychopharmacol. Bull. 1973. No 1. P. 13-27.

Derogatis, L.R. Internationale Skalen fuer Psychiatrie. Self-report symptom inventory. SCL -90-R. Weinheim: Beltz. – 1987.

Diamond J. Guns, Germs, and Steel: The Fates of Human Societies. W.W. Norton and Company, 1997.

Dietz B. Jugendliche Aussiedler. Ausreise, Aufnahme, Integration. Berlin. - 1997. –S.121.

Dobkin de Rios M. What we can learn from shamanic healing: brief psychotherapy with Latino immigrant clients // Am. J. Public Health. 2002. No 10. P. 1576-1578.

Donnelly T.T. Contextual analysis of coping: implications for immigrants' mental health care // Issues Ment. Health Nurs. 2002. No 7. P. 715-732.

Drews R. Early riders: The beginnings of mounted warfare in Asia and Europe. New York: Routledge, 2004.

Eisenstadt S.N.: The Absorption of Immigrants. A Comparative Study. London. -1954.

Eisenstadt S.N.: The Absorption of Immigrants. A Comparative Study. London. -1954.

Eksblad S. Psychosocial determinants of immigrant adjustment and adaptation in Sweden.-1991.-P.15-18.

Elkeles T. Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. // Mielck A., Bloomfield K. (Hrsg.) Sozial-Epidemiologie. Einfuehrung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmoeglichkeiten. Juventa Verlag. 2001. S. 71-82.

Elstad J. 1996 How large are the differences – really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men // Sociology of Health and Illness. Vol. 18. P. 475-498.

Epston D. White M., Murray K. A proposal for a re – authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary / McNamee S. Gergen K.J. (Eds) Therapy as Social Construction. L. Sage, 1992.

Erikson E. Child and Society. New York. 1963.

Esblad S., Roth G. Diagnosing posttraumatic stress disorder in multicultural patients in Stockholm psychiatric clinic // J. New. Ment. Dis.1997, Feb; 185 (2): 102-107.

Escobar J.I. Immigration and Health. Why Are Immigrants Better Off? // Archives of General Psychiatry. 2000. Vol. 55. P. 781 – 782.

Escobar J.I., Hojos N.C., Gara M.A. Immigration and mental health: Mexican Americans in the United States. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2000. Vol. 8. P. 64 -72.

Fabrega H. Social and psychiatric aspects of acculturation and migration: A general stamens. *Comprehensive Psychiatry* 1969. Vol. 10. P. 314 – 326.

Faris R. Principles of epidemiological study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. Vol. 29. 114 – 127.

Fichter M.M., Elton M., Diallina M. et al. Mental illness in Greek and Turkish adolescents // *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1998. Vol. 237. P. 125 – 134.

Fichter M.M., Elton M., Diallina M. et al. Mental illness in Greek and Turkish adolescents // *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* 1998. Vol. 237. P. 125 – 134.

Fisher M.H. Excluding and Including "Natives of India: Early-Nineteenth-Century British-Indian Race Relations in Britain" // *Comparative Studies of South Asia, Africa and the Middle East*. 2007. Vol. 27. No 2. P. 303-314.

Foisson P., Ledoux Y., Valente F., Servais L., Staner L., Pelc I., Mimer P. Psychiatric disorder and social characteristics among second – generation Moroccan migrants in Belgium: An age – and gender – controlled study conducted in a psychiatric emergency department // *European psychiatry*. 2002. Vol. 17. P. 443 – 450.

Folkow V. Mental stress and its importance for cardiovascular disorders // *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2001. Vol. 35. N 5. P.165-172.

Frese M. Guetkriterien der Operationalisierung von sozialer Unterstuetzung am Arbeitsplatz // *Zeitschrift fuer Arbeitswissenschaft*. 1989. Vol. 43 . S.112-121.

Fukuyama M. Taking a universal approach to multicultural counseling // *Counselor Education and Supervision*. 1990. Vol. 320. P. 6 – 17.

Fullerton R.A. How Modern Is Modern Marketing? Marketing's Evolution and the Myth of the "Production Era" // *The Journal of Marketing*. 1988 Vol. 52. No 1. P. 108–125.

Furnham A., Bochner S. Culture Shock: Psychological reactions to unfamiliar environments. London and New York. 1986.

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.

Ge X., Conger R.D., Elder G.H. Pubertal transition, stressful life events and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms // *Dev. Psychol.* 2001. Vol. 37. P. 404 – 417.

Gerber L. Psychotherapy with Southeast Asian refugees: implications for treatment of Western patients // *Am. J. Psychother.* 1994. No 2. P. 280-293.

Ghuman M. C. Acculturation of South Asian adolescents in Australia // *Br. J. Educ. Psychol.* 2000. Vol. 70. P. 305–316.

Goldberg S. Social determinants of delinquency and criminality // *Americans Los Angeles Journal of Health Behavior.* 2001. Vol. 102. P. 111–119.

Goodman R., Ford T., Simmons H. et al. Using the strengths and difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in community sample // *Br. J. Psychiatry.* 2000. Vol. 177. P. 534 – 539.

Goodman R., Meltzer H., Bailey V. The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version // *Int. Rev. Psychiatry.* 2003. Vol. 15. P. 173 – 177.

Graber J.A. Brooks – Gunn J., Warren M.P. The antecedents of menorrhage: heredity, family environment, and stressful life events // *Child. Dev.* 1955. Vol. 66. P. 346 – 359.

Graber J.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. et al. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 1997. Vol. 66. P. 1768–1776.

Gutmann M. C. Ethnicity, alcohol, and acculturation // *Sol. Sci. Med.* 1999. Vol. 48. P. 173–84.

Haasen C. & Sardashiti H. Zusammenhang zwischen Depression und psychosozialer Belastung bei irnischen Migranten // *Psychiatrische Praxis.* 2000. Vol. 15. S. 74 – 76.

Haasen C. & Sardashiti H. Zusammenhang zwischen Depression und psychosozialer Belastung bei irnischen Migranten // *Psychiatrische Praxis.* 2000. Vol. 15. S. 74 – 76.

Haasen C., Lambert M., Mass R. et al. Impact of ethnicity on the prevalence of psychiatric disorders among migrants in Germany // *Ethnicity and Health.* 1988. Vol. 3. P. 159 – 165.

Haefner H. (b) Psychiatrische Morbiditaet von Gastarbeitern in Mannheim // *Nervenarzt* 1980. Vol. 51. S. 672 -683.

Haefner H. (b) Psychiatrische Morbiditaet von Gastarbeitern in Mannheim // *Nervenarzt* 1980. Vol. 51. S. 672 -683.

Haefner H. (a) Depressive Syndrome bei Gastarbeitern in Mannheim – Ergebnisse einer Inanspruchnahmeuntersuchung auf epidemiolo-

logischer Basis // Schweizer Archiv fuer Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. 1980. Vol. 128. S. 53 – 73.

Haefner H. (a) Depressive Syndrome bei Gastarbeitern in Mannheim – Ergebnisse einer Inanspruchnahmeuntersuchung auf epidemiologischer Basis // Schweizer Archiv fuer Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. 1980. Vol. 128. S. 53 – 73.

Haldin J. Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration // Act psychiatry Scand. 1985. Vol.71. № 2. P. 117–127.

Hankin B.L., Abramson L.Y. Development of gender differences in depression: description and possible explanations // Ann. Med. 1999. Vol. 3. P. 569–574.

Havio-Mannila E., Stenius K. Mental Health of Immigrants in Sweden // Research Reports, Department of Sociology, University of Helsinki. 1977. Vol. 211. P. 123-131.

Heim E. Koping und Adaptivited: Gibt es Geeignetes Oder Ungeeignetes Koping? // Psychother., Psychosom., Med.Psychol. 1988. No 1. S. 8-17.

Heim R. Causal analysis in psychiatric studies. New York: Prentice Hall, 2001.

Heimann H. Therapy-resistant depressions. Symptoms and syndromes. Pharmakopsychiat. Neuro- Psychopharmakol. (Stuttg), 1974, Jg.7 ,H.3. S. 139-144.

Heinzel-Gutenbrunner M. Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck A., Bloomfield K // Sozial-Epidemiologie. Einfuehrung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmoeglichkeiten. Juventa Verlag, 2001. S. 39-49.

Heise T., Pfefferer-Wolf H., Leferink K. et al. History and prospects of transcultural psychiatry and psychotherapy // Nervenarzt. 2001. No 3. P. 231-233.

Helmchen H. Symptomatology of therapy-resistance depressions.- Pharmakopsychiat. Neuro- Psychopharmakol. (Stuttg), 1974, Jg.7. H.3. S. 145-155.

Hildinger E. Warriors of the steppe: A military history of Central Asia, 500 B.C. to A.D. 1700. Cambridge, MA: Da Capo Press, 2001.

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.

Hobfoll S.E., Stokes J.P. The process and mechanics of social support // S. Duck, D.F. May, S.E. Hobfoll, W. Ickes, B.M. Montgomery /

Handbbook of personal relationships: theory research and interventions, 1988. London: Wiley. P. 497 – 517.

Hoffmann B., Swart E., Selbstwahrnehmung der Gesundheit und aertzliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys // Gesundheitswesen. 2002. Vol.64. S. 214-223.

Holleder A. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Ueberblick ueber empirische Befunde und die Arbeitslosenß und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarktß und Berufsforschung 35. 2002. S. 411-428.

Hollingsbfad A.R., Redlich F.C. Social Class and Mental Illness, New York. 1958.

Holman E.A., Silver R.C., Waitzkin H. Traumatic life events in primary care patients: a study in an ethnically diverse sample // Arch. Fam. Med. 2000. N.8. P. 802 – 810.

Horenczik G. Migrant identities in conflict: Acculturatin attitudes and perceived acculturation ideologies // G.M. Breakwell, E. Lyons (Eds.) Changing European identities: Social psychological analyses of social change. Oxford, 1996. P. 241 – 250.

Horowitz M.I. Weiss D.S., Marmar C. Diagnosis of Post-traumatic stress disorder. J. Nery. Ment. Dis 1987.

Horowitz M.J. Signs and Symptoms of PTSD // Arch. Gen. Psychiatry: 37:85-92, 1980.

Horowitz M.J. Stress response syndromes and their treatment. In: Goldberger L., Breznitz S. Handbook of stress. New York: Free Press, 1982.

House J.S., Kahn R.L. Measures and concepts of social support // Cohen S., Syme S.L. Social support and its relation to health: A critical evaluation // Basic and Applied Social Psychology. 2000. Vol.5. P. 143-169.

Hsiao F.H., Lin S.M., Liao H.Y., Lai M.C. Chinese inpatients' subjective experiences of the helping process as viewed through examination of a nurses' focused, structured therapy group // J. Clin. Nurs. 2004. No 7. P. 886-894.

Hu Y., Goldmann N. Mortality Differentials by Marital Status: // An International Comparison. Demography. 1990. Vol.27. P. 233-250.

Hurelmann K. Gesundheitssoziologie. Eine Einfuehrung in Sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitspraevention und Gesundheitsfoerderung. Weinheim: Juventa. 2000.

Ignatyev Y., Assimov M., Aichberger M.C., Ivens S., Mir J., Dochshanov D., Ströhle A., Heinz A., Mundt A.P. Psychometric Properties of a

Russian Version of the General Health Questionnaire-28 // Psychopathology. 2012. Vol. 45.P. 252–258.

Jakson P. Efficacy, self -esteem and unemployment. Paper at BPS Social Section Conference, Oxford. 1984.

Jelinek J.M., Williams T. Post-Traumatic Stress Disorder and Substance Abuse: Treatment Problems, Strategies Recommendations II A Handbook for Clinicians. Cincinnati, 1987, P.93-101.

Jesse A. Wohlbefinden von Frauen in alternativen Familienformen: Ein Vergleich zu alleinerziehenden Frauen, Muettern aus Zweitemfamilien und Frauen aus Stieffamilien. Landau: Verlag Empirische Paedagogik. 2000.

Kakar S. Psychoanalysis and Eastern spiritual healing traditions // J. Anal. Psychol. 2003. No 5. P. 659-678.

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.

Kaplan M. & Marks G. Adverse effects of acculturation Psychological distress among Mexican American young adult. Social Science & Medicine. 1990. Vol.31. P. 1313 – 1319.

Karasek R.A. & Theorell T. Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books. 1990.

Kareem J. The Nafsiyat Intercultural Therapy Centre: Ideas and Experience in Intercultural Therapy // J. Kareem & R. Littlewood (Eds) Intercultural Therapy: Themes, Interpretations and Practice. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1992. P. 14–37.

Karno M., Golding J.M., Burnam M.A. Hough R. L., Escobar J. I., Wells K., Boyer R. Anxiety disorders among Mexican Americans and non – Hispanic whites in Los Angeles // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2001. Vol.12. P. 202 – 209.

Karno M., Golding J.M., Burnam M.A. Hough R. L., Escobar J. I., Wells K., Boyer R. Anxiety disorders among Mexican Americans and non – Hispanic whites in Los Angeles // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2001. Vol.12. P. 202 – 209.

Kaul S. Review Essay: Colonial Figures and Postcolonial Reading // Diacritics. 1996. Vol. 26. No 1. P. 74-89.

Kawachi I., Colditz G. A. A prospective studies of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA // Journal of Epidemiology and Community Health. 1996. Vol.50. P. 245-251.

Kessler R.C., McLeod J.D., Wethington E. The costs of caring: a perspective on the relationship between sex and psychological distress //

I.G. Sarason, B.R. Sarason Social support: theory, research and applications. 1985, Dordrecht: Martins Nijhoff Publishers. S. 491-506.

Khavarpour F., Rissel C. Mental Health status of Iranian migrants // Sydney. Aust. N. Z. J. Psychiatry. 1997. Vol.31. P. 828 – 834.

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.

Klein D.F. Endogenomorphic Depression on // Arch. Gen. Psych., 1974, 1, 447-445.

Klein T., Unger R. 2001 Einkommen, Gesundheit und Mortalitaet in Deutschland, Grossbritannien und den USA // Koelner Zeitschrift fuer Soziologie und Sozialpsychologie 53. S. 96-110.

Klimidis S., Stuart G., Minas I.H. et al. Immigrant status and gender effects on psychopathology and self – concept in adolescents: a test of the migration – morbidity hypothesis // Compr. Psychiatry. 1994. Vol. 35. P. 393–404.

Kluckhon K., Strodtbeck F. Variation in value orientation. New York, 1961.

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.

Korman M. Levels and patterns of professional training in psychology. Washiington, American Psycholoical Asociacion. 1973.

Koss -Chioino J.D., Vargas L.A. Through the looking glass: f model for understanding culturally responsive psychotherapies // J.D. Koss – Chioino J.D. & Vargas L.A. (Eds.) Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents. San Francisco: Jossey – Bass Publ., 1992. P. 1–22.

Kozulin A., Venger A. Immigration without adaptation: the psychological world of Russian immigrants in Israel // Mind. Culture and Activity. - 1994. Vol.41. - P. 230 – 238.

Kradin N.N. Nomadism, Evolution, and World-Systems: Pastoral Societies in Theories of Historical Development // Journal of World-System Research. 2002. No 8. P. 368-388.

Krauze N. Gender and ethnicity differences in psychological well-being // Annu-Rev Gerontol-Geriatr. 1988. No 8. P.156-186.

Kroeber A., Kluckhon C. Culture: A Critical Review of Concepts and Definition. Cambridge, 1952.

Krueger D., Micus C. Diskriminiert? Privilegiert? Die heterogene Lebenssituation Alleinerziehender im Spiegel neuer Forschungsergebnisse und aktueller Daten // Staatsinstitut fuer Familienforschung. 1990.

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.

Lampert T., Burger M. Rauchgewohnheiten in Deutschland ß Ergebnisse des telefonischen Bundes - Gesundheitssurveys 2003 // Das Gesundheitswesen. 2004. Vol.66. S.511-517.

Lampert T., Ziese T., Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. S. 44-45.

Lasarus R.S. Coping theory and research: Past, present, and future // Psychosom. Med. 1993. No 55. P. 234-247.

Laufer R.S. War trauma and human development: Vietnam In: Sonneberg S., Blank A. (eds) Psychiatric effects of the Vietnam war / Washington. 1982.

Leclubier Y., Weiller E. Characteristics, recognition and treatment

Lee E. S. Socio-economic and Migration Differentials in Mental Disease. N. Y. State, 1949 – 1951 // Milbank Memorial Fund Quarterly. July 1963.

Leff J. & Vaughn C. Expressed emotion in families. New York: Guilford. - 1984.

Lewi -Fernandez R., Kleiman A. Cultural psychiatry: Theoretical, clinical and research issues // The Psychiatric Clinics of North America. 1995. Vol.18. P. 433-448.

Lifton R.J. Home from the war. New-York. 1973.

Lifton R.J. Olson E. The human meaning of total disaster psychiatry- 1976. Vol. 39.-p 1-18.

Lillard L.A., Panis C.W. Marital Status and Mortality: The Role of Health // Demography. 1996. Vol.33. P. 313-327.

Lillard L.A., Waite L.J. 'Til Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality // American Journal of Sociology. 1995. Vol.100. P. 1131-1156.

Lin Y.N. The Application of Cognitive-Behavioral Therapy to Counseling Chinese // Am. J. Psychother. 2002. No 1. P. 46-58.

Lipson J.G., Omidian P.A., Paul S.M. Afgan health education project: a community survey // Public Health Nurs. 1995. Vol.12. P. 143-150.

Littlewood R. Towards an intercultural therapy //J. Kareem & R. Littlewood (Eds) *Intercultural Therapy: Themes, Interpretations and Practice.* Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1992. P. 3–13.

Livi-Bacci M. Selectivity of Marriage and Mortality: Notes for Future Research // *Population and Biology.* 1984., Liege: Ordina Editions. P.99-108.

Lublin B., Zuckerman M., Breytspaak L.M., Bull N.C. et al. Affects. demographic variables and health // *J. Clin. Psychol.* 1998. Vol. 44. P.131 -141.

Lundberg O., Kareholt I The social patterning of mortality in a cohort of elderly Swedes // *Yearbook of Population Research in Finland.* 2000. Vol. 33. P. 101 -110.

Macintyre S. Hunt K. Socio-economic Position, Gender and Health. How do they interact? // *Journal of Health Psychology.* 1997. Vol.2. P. 315 – 324.

Mackinder H.J. *Democratic Ideals and Reality.* New York, 1942.

Mackinder H.J. The Geographical Pivot of History // *The Geographical Journal.* 1904. Vol. 23. No. 4. P. 421-437.

Mackinder H.J. The Round World and the Winning of Peace // *Foreign Affairs.* 1943. Vol. 21. No 4.

Madianos M., Bilanakis N. & Liakos A. Acculturation, demoralization and psychiatric disorders among repatriated Greek migrants in rural area // *European Journal of psychiatry.* 1988. Vol.12. P. 95 – 10.

Madianos M.G., Economou M., Hatjandreou A., Papageorgiou A. & Rogakou E. Changes in public attitudes towards mental illness in the Athens area. (1979/ 1980–1994) // *Act. Psychiatrica Scandinavica.* 1999. Vol.99. P. 73 – 78.

Mahat G. Stress and coping: junior baccalaureate nursing students in clinical settings // *Nurs. Forum.* 1998. No 1. P. 11-19.

Mahbubani K. *The New Asian Hemisphere: The Irresistible Shirt of Global Power to the East.* New York, 2008.

Malhotra M.K. Problems, Plans and ambitions of German and foreign adolescents // *J. Adolescence.* 2000. Vol. 24. P. 741–753.

Marmot M., Shipley M.Y. Do socioeconomic differences in mortality persist after // *In British Medical Journal.* 1996. Vol.313. P. 1177-1180.

Matsuda Y. Cognition and mental health // *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 2003. No 5. P. 576-588.

Mavreas V. & Bebbington P. Does the act migration provoke psychiatric breakdown? A study of Greek Cypriot Immigrants // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1989. Vol.80. P. 469 -473.

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.

Mendoza R.H. Acculturation sociocultural variability // *J. Martinez & R. Mendoza (Eds.) Chicano psychology*. Orlando: Academic Press. 1984.

Mielck A., Helmert U. Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West ß Deutschland. // *Mielck A (eds.) Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske. 1994. S. 93-124.

Milan S., Keiley M.K. Biracial youth and families in therapy: issues and interventions // *J. Marital Fam. Ther.* 2000. No 3. P. 305-315.

Miller N. Morbidity and Prevalence of Mental Disorders in a Swedish County // *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 2001. Vol. 387. P. 42-58.

Mirnic Z., Bekes J., Rozsa S., Halasz P. Adjustment and coping in epilepsy // *Seizure*. 2001. No 3. P. 181-187.

Moos R. The mystery of human context and coping: an unraveling of clues // *Am. J. of Commun. Psychol.* 2001. No 1. P.67-88.

Motti-Stefanidi et al. Psychological problems of school – age German and Greek children: a cross – cultural Study, *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1994. Vol. 3. P. 209 – 219.

Motti-Stefanidi F., Tsiantis J. et al. Epidemiology of behavioral and emotional problems of primary schoolchildren in Greece // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1993. – Vol.2. P. 111–118.

Mowrer R.R., McCarver D.M. A preliminary investigation of multicultural perspective and life satisfaction // *Psychol. Rep.* 2002. No 1. P. 251-256.

Mukhamadiev D., Hollander A.C. The validity of Screening instruments for posttraumatic stress disorder, depression, and other anxiety symptoms in Tajikistan // *American Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2007 Nov; 195 (11). P. 955-958.

Murphy H.B.M.: *Flight and Resettlement* // UNESCO: Population and Culture 2. Paris. 1955.

Murphy H.B.M.: *Mental Health Guidelines for Immigration Policy* // *International Migration*. 1974. Vol.14. P.35-43

Murphy H.B.M.: *Migration, Culture and Mental Health* // Paper presented at the international Congress on Transkultural. Psychiatry, Bradford, England. 1976.

Murphy H.B.M.: *Social Change and Metal Health* // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1961. Vol. 39. P. 57-68.

Murphy H.B.M.: The Low Rate of Hospitalization Shown by Immigrants to Canada // Zwingmann Ch., Pfister – Ammende M. Uprooting and After. New York. 1973.

Murphy J.M. Anthropology and psychiatric. epidemiology // Acta psychiatric. Scand. 1994. Vol. 3. P. 48–57.

Murphy-Shigematsu S. Cultural psychiatry and minority identities in Japan: a constructivist narrative approach to therapy // Psychiatry. 2000. No 4. P. 371-384.

Nachson I., Draguns J.D., Broverman I.K. & Philips L. The reflection of acculturation in psychiatric Symptomatology: a stay of an Israel guidance clinic population // Social Psychiatry. 1972. Vol.7. P. 109 – 118.

Nasseri M. Cultural similarities in psychological reactions to infertility // Psychol. Rep. 2000. No 2. P. 375-378.

Natani A. Eastern meditative techniques and hypnosis: a new synthesis // Am. J. Clin. Hypn. 2003. No 2. P. 97-108.

Nazroo J. Ethnicity and mental health. London: Policy Studies institute. 1997.

Newhill Ch. E. The role of culture in the development of paranoid symptomatology // Amer. J. Orthopsychiatry. 1990. Vol. 60. № 2. P. 176–185.

Newman J. Differential Diagnosis in Post-traumatic Stress Disorders: Implications for treatment // Post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians. Cincinnati, 1987. P. 19-35.

Nikolaev E. Developing Psychological Care for Rural Victims of Disaster // Middle East Journal of Emergency Medicine. 2004. Vol. 4. No 2. P.116.

Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // The International Journal of Person Centered Medicine. 2011. Vol. 1. No 3. P. 482-485.

Nikolaev E. Sociocultural and regional aspects of suicide prevention // Abstracts of the 15th World Congress of Psychiatry “World Psychiatry 2011: Our Heritage and our Future. Buenos-Aires, 2011. P. 171.

Nikolaev E. Understanding perfectionism as one of personality traits in cardiovascular patients // Abstracts of the WPO Regional Meeting “Mental Health in a Changing World. Yerevan, 2011. P. 91.

Nikolaev E., Golenkov A., Andreeva A., Bulygina I. Alcohol Dependence in Doctors in Chuvashia // Papers of the 34th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society (KBS 2008). Victoria , British Columbia, 2008. P. 117.

Nikolaev E., Kozlov A., Golenkov A. Regional aspects of suicide behaviour: experience from Chuvashia // Traditions and Innovations in Psychiatry: WPA Regional Meeting Materials. St. Petersburg, 2010. P. 134-135.

Nikolaev E.L. Different Psychotherapy for Different Societies? Sociocultural Approach to Mental Disorders // The 15th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) "What is new in psychiatry and psychotherapy? Creative dimension in modern treatment". SPb., 2007. P. 40.

Nikolaev E.L. Ethnocultural health model: comparative study in Chuvashia // Congressus Decimus Internationalis Fenno-Ugristarum: Pars II "Summaria acroasium in sectionibus". Yoshkar-Ola, 2005. P. 216-217.

Nikolaev E.L. Interdisciplinary teams in mental health service: regional experience of care giving // Psychiatry Congress of the German Association for Psychiatry and Psychotherapy. Berlin, 2010. P. 352.

Nikolaev E.L. Mental health in the context of the sociocultural approach // Man. Authorities. Society: Proceedings of the IV International Asian-Pacific Congress of psychologists. Khabarovsk, 2005. P. 201-202.

Nikolaev E.L. Psychosocial and cultural factors for mental health problems in adolescents // International Psychiatric Conference "From Adolescence to Adulthood: Normality and Psychopatology". Larnaka, 2010. P. 32.

Nikolaev E.L. Sociocultural aspects of suicidal behavior: perspectives for prevention // Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry. Tromsø, 2012. P. 13.

Nikolaev E.L., Drozdova N.F. Children's mental health in context of parental relations // Abstracts of the 29th Nordic Congress of Psychiatry. Stockholm. 2009. P. 29.

Nikolaev E.L., Nikolaeva O.V. A case of panic disorder in civilian: does Russian-Georgian war conflict matter? // Abstracts of the 2nd Eastern European Psychiatric Congress of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans: Collaborating for mental health. Moscow, 2009. P. 82.

Nikolaev E.L., Suslova E.S. Sociocultural issues of psychotherapy approaches in Russia // *Psichiatriki*. 2007. No 18. Supplement 1. P. 136.

Novak P. Krankheitsverhalten // Wilker F., Bischof C., Novak P. (Hrsg) Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie Noerdlingen Urban & Schwarzenberg. 1994. S. 207-213.

Oakland S., Ostell A. Measuring coping: A review and critique // *Human Relations*. 1996. No 49. P. 133-155.

Palgi P. Persistent traditional Yemenite ways of dealing with stress in Israel // *Ment. Health. Soc.* 1979. No 3-4. P. 113-140.

Pedersen P., Ivey A. Culture-centred counseling. New York, 1993.

Pedersen P., Lonner W.J., Draguns J.G. (Eds.) Counseling across cultures. Honolulu: The University Press of Hawaii. 1976.

Peters M. Zusammenhaehge zwischen Sozialer Unterstuetzung, Sozialer Belastung, Partnerschaftzufriedenheit und Depression. Unveroeff. Diplomarbeit. Philipps – Univ., Marburg. – 1989.

Pinkus B., Fleischhauer I. Die Deutschen in der Sowjetunion. Baden – Baden. 1987. S. 558.

Pirchner H. Reviving Greater Russia?: The Future of Russia's Borders with Belarus, Georgia, Kazakhstan, Moldova and Ukraine. University Press of America. 2005.

Prescott – Clarke P., Primatesta P. Health Survey for England, The health of young people 1995 – 1997. London: The Stationery Office. 1998.

Procidano M.E. & Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies // *American Journal of Community Psychology.* 1983. Vol.11. P. 1-24.

Quarantelly E.L., Dynes R.R. Response to social crisis and disaster // *Ann. Rev. Soc.* 1977. Vol. 3. P. 23-49.

Rack P. H. Forced migration review. 1987, Geneva, 1987.

Raskind M.A. Depression in the elderly // *Can.J.Psychiatry.* 1992. Vol.37. Suppl.1. P. 4-6.

Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M.J. (1936). Memorandum for the study of acculturation, "*American Anthropologist*" 38, 149-152.

Reeler A.P. A preliminary investigation into psychological disorders among Mozambican refugees: prevalence and clinical features. *Cent.-Afr.-J.-Med.*, 1994, 11, 309-315.

Retterstol M. Classification of functional psychoses with special reference to follow-up studies // *Psychiat. Clinic.* 1986. 19. No. 1/2. P. 5-15.

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.

Robert Koch-Institut Gesundheit allein erziehender Muetter und Vaeter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 14. RKI, Berlin. 2003

Roberts R.E., Attikson C.C., Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents // *Am. J. Psychiatry.* 1998. Vol.155. P. 715 – 725.

Roe D., Farber B.A. Differences in self-disclosure in psychotherapy between American and Israeli patients // *Psychol. Rep.* 2001. No 3. P. 611-624.

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.

Rogers C.R. Client-centered therapy. Houghton and Mifflin. Boston, 1959. 264 p.

Roland A. Psychoanalysis across civilizations: a personal journey // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry.* 2003. No 2. P. 275-295.

Roskies E., Lida – Miranda M., Michael R., Strobel G. Life Changes as predictors of Illness in Immigrants // *Stress and Anxiety.* 1977. Vol. 4. P. 24-35,

Roussos A., Francis K., Zoubou V. et al. The Standardization of Achenbach's Youth Self – Report in Greece in an national sample of high school students // *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2001. Vol.10. P. 47–53.

Roy A. Vulnerability factors and depressions in Women // *Brit.J. of Psychiat.*, 1978. 133,106-110.

Roy-Byrne P. Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization // *J. Clin. Psychiatry.* 1996. Vol.57. No 7. Suppl. P.86-91.

Ruesch J., Jacobson A., Loeb M. Acculturation and Illness // *General and applied.* 1948. Vol. 5. P. 133 – 142.

Ruiz A.H. Afghanistan: conflict and displacement 1978 to2001 // *J. Forced Migration review.*-2002.-N13. P.8-11.

Salvendy J.T. Ethnocultural considerations in group psychotherapy // *Int. J. Group. Psychother.* 1999. No 4. P. 429-464.

Sampson E.E. The debate on individual and their role in personal and societal functioning // *American. Psychologist.* 1988. Vol. 43. P. 15–22.

Sarason L.G. & Sarason B.R. (Eds). *Social support: Theory, research and applications.* Dordrecht: Martinus Nijhoff. 1985.

Sartorius N. Psychiatry and Society // *Die Psychiatrie.* 2004. No 1. P. 36-43.

Saugstad L. F. Social class, marriage and fertility in schizophrenia // *Schizophrenia Bull.* 1989. Vol. 15. № 1. P. 9 – 43.

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.

Schneider N., Krueger D., Lasch V., Limmer R., Matthias-Bleck H. Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 199. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Koeln. -2001.

Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes // R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere. 1989. P. 195-213.

Shechter R.A. Voice of a hidden minority: identification and countertransference in the cross-cultural working alliance // Am. J. Psychoanal. 1992. No 4. P. 339-349.

Silverton L., Mednic S. Class drift and schizophrenia // Acta psychiatr. Scand 1984. Vol. 70. № 4. P. 304 – 309.

Smith J. Towards a secure EPR: cultural and educational issues // Int. J. Med. Inf. 2000. No 2. P. 137-142.

Snyder S., Goodpaster W.A. et.al. Demography of psychiatric patients with borderline personality traits.// Psychopathology. 1985, vol. 18. N1. P. 38-49.

Sommer G., Fydrich T. Soziale Unterstuetzung: Diagnostik, Konzepte, F – SOZU. – Tuebingen: Dt. Ges. fuer Verhaltenstherapie, 1989. - S. 60.

Stoller A., Krupinski J. Immigration to Australia - Mental Health Aspects // Zwingmann Ch., Pfister – Ammende M. Uprooting and After. New York. 1973.

Storch G. & Poustka F. Psychische Stoerungen bei stationar behandelten Kindern mediterraner Migranten Familien Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2000. Vol.49. P. 199 -208.

Straub J., Thomas A. Positionen, Ziele und Entwicklungslinien der Kulturvergleichenden Psychologie. In: Thomas A. (Hrsg.) Kulturvergleichende Psychologie, Cross-cultural psychology. Hogrefe, Goettingen. 2003.

Sue D. W., Sue D. Counseling the culturally different. N.Y., Wiley. 1990.

Sweeney M.M., Zionts P. The “ second skin”: perceptions of disturbed and non – distrurbed early adolescents and their host peers // J. Adolescence. 1989. Vol.13. P. 411 – 420.

Tatara M. Psychoanalytic psychotherapy in Japan: the issue of dependency pattern and the resolution of psychopathology // J. Am. Acad. Psychoanal. 1982. No 2. P. 225-239.

Taylor A., Frazer A. The stress of post-disaster body handling and victim identification work // J.human stress. 1982. Vol. 8. P. 4-12.

Teggin A.F., Eil R., Ben-Arie O. Gillerts L.S. A comparison of CATEGO class "S» Schizophrenia in three ethnic groups: psychiatric manifestations // Br.-J. Psychiatry. 1985. Dec. 147. 683-687.

Theorell T. Stress at work and risk of myocardial infarction. Post-graduate Medical Journal, 1986, 62(730),

Thiede M., Straub S. Mutual influences oh health and poverty. Evidence from the German Panel Data // Social Science and Medicine 1997. Vol.45. P. 867-877.

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.

Townsend P., Davidsen N., Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth: Penguin. 1982

Treiman D.J. Occupational Prestige in Comparative Perspective. New York. 1977.

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.

Van Haaften 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.

Van Schoor E.P. A sociohistorical view of group psychotherapy in the United States: the ideology of individualism and self-liberation // Int. J. Group. Psychother. 2000. No 4. P. 437-440.

Wallerstein I. The Capitalist World Economy. Cambridge, 1979. P. 184.

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.

Ware J.E., Jr, Kosinski M., Turner -Bowker D.M., Gandek B. User's Manual for the SF-12V2 Health Survey (with a supplement documenting SF-12 Health Survey) Lincoln, Rh Qualitymetric incorporated. 2002.

Watanabe N. Morita therapy in cultural context // Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2003. No 5. P. 554-560.

Waugh D. "Richthofen "Silk Roads": Toward the Archeology of a Concept" // *The Silk Road*. Vol. 5. No 1. 2007. P. 4.

Weare K. Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach. London, 2000.

Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // J. Psychother. Indep. Pract. 2000. No 2. P. 43-51.

Weitbrecht H. Die chronische Depression. Wien Z. Nervenheilk., 1967. Jg.24.H.4.-S. 265-281.

Women and armed conflicts. Study for the Norwegian Ministry of Foreign Affairs // Norwegian Institute of International Affairs. 1999. P. 24-27.

WHO. Declaration of Cooperation in Mental Health of Refugees and Internally Displaced Populations in Conflict and Post-Conflict Situations, Ed. Petevi M, WHO, Pre-final draft, Geneva 1999.

WHO. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice. Geneva, 2005.

WHO. The mental health context: Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva, 2003.

WHO. WHO/UNHCR Mental Health of Refugees. WHO, Geneva 1999.

Williams D. R., Williams - Morris R. Racism and mental Health. The African American Experience // Ethnicity and Health. 2000. Vol.5. №3. P. 243-268.

Wohlfart E., Zaumseil M. Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Springer, Heidelberg, 2006.

Wolf N., Pathare S., Graig T., Leff J. Community attitudes to mental illness // Brit. J. Psychiatry. 1996. Vol. 168 (February). P. 183–190.

Wood F. The Silk Road: Two Thousand Years in the Heart of Asia. Berkeley, CA: University of California Press, 2002. P. 13-23.

Yamamoto J., Yeh E.K., Loya F.et al. Are American psychiatric outpatients more depressed than Chinese outpatients? // Am. J. Psychiatry. 1985. Nov.142 (11). P. 1347-1351.

Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis // Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Basel, 2001. P. 166-174.

Zung W., Durham N.C. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiat. 1965. No 12. P. 63-70.

Оглавление

Введение	3
----------------	---

Часть первая Психическое здоровье в глобальных процессах современности

Глава 1. Психическое здоровье и его междисциплинарные проблемы в начале XXI столетия	8
1.1. Психическое здоровье в междисциплинарном контексте интегрального здоровья	8
1.2. Политика Всемирной организации здравоохранения в области охраны психического здоровья	13
1.3. Основные культурологические категории анализа	16
1.4. Взаимосвязи психопатологии и культуры	21
Глава 2. Евразийское пространство: культурно-исторические коллизии	29
2.1. Географическая и историко-культурная характеристика евразийского пространства	30
2.2. Евразийский перекресток межкультурных взаимодействий	35
2.3. Культурно-историческая концепция евразийства в прошлом и настоящем	40

Глава 3. Междисциплинарные основы изучения проблематики психического здоровья	44
3.1. Основные этнологические категории анализа	46
3.2. Примордиальный подход в этнокультурных исследованиях	51
3.3. Конструктивистский подход в этнокультурных исследованиях	58
3.4. Инструментальный подход в этнокультурных исследованиях	66

Часть вторая

Примордиальный дискурс проблемы: психическое здоровье в бикультурном российском регионе

Глава 4. Психическое здоровье в контексте нарастающей культурной мозаичности	73
4.1. Психологические механизмы адаптации личности в условиях различных культур	74
4.2. Опыт этнокультурных исследований в психиатрии и клинической психологии	79
4.3. Проблемы кросскультурного взаимодействия в психотерапии	83
4.4. Организация исследования психического здоровья в Чувашии	91
Глава 5. Клинико-психологическая характеристика психического здоровья в Чувашии	95
5.1. Особенности клинических проявлений психических расстройств	95
5.2. Психодинамическая структура личности исследуемых	101

5.3. Структурный анализ копинг-механизмов у исследуемых	108
5.4. Клинико-психологическая модель психической дезадаптации.....	115
Глава 6. Этиопатогенетические аспекты нарушений психического здоровья	121
6.1. Формирование дисфункциональных поведенческих механизмов в семейной среде	123
6.2. Социокультурная идентичность личности в генезе пограничных расстройств	131
6.3. Аутоагрессия как дезадаптивная форма реакции личности на кризисную ситуацию	138
6.4. Роль духовного мировоззрения в психической адаптации при болезни	144
Глава 7. Социокультурные основы психотерапии и профилактики пограничных расстройств	149
7.1. Социокультурная модель психического здоровья	149
7.2. Социокультурные реалии психотерапии	154
7.2. Базовые психотерапевтические подходы	160
7.4. Иерархия потребностей личности в психопрофилактике	164

Часть третья

Конструктивистский дискурс проблемы: психическое здоровье таджикских беженцев при репатриации

Глава 8. Стресс экстремальных ситуаций и его влияние на психическое здоровье	169
8.1. Организация исследования психического здоровья беженцев в Таджикистане	171

8.2. Психотравмирующие условия вооруженного конфликта в Таджикистане и перемещения беженцев в Афганистан	174
8.3. Психотравмирующий характер ситуации возвращения беженцев в Таджикистан и его последствий	181
8.4. Социокультурные особенности социально-психологической дезадаптации беженцев.....	195
Глава 9. Клинико-психопатологические характеристики репатриированных беженок	205
9.1. Клинико-психологические механизмы реагирования на стресс и его последствия	206
9.2. Клинические особенности психических расстройств у репатрианток	210
9.3. Клиническая динамика формирования психических расстройств у беженок	214
9.4. Распространенность психических расстройств среди репатриантов	237
Глава 10. Основные принципы медико-социальной реабилитации беженцев	239
10.1. Организация медико-социальной помощи репатриантам в лагере беженцев	241
10.2. Социокультурная специфика реабилитации репатриантов в местах их компактного проживания	246

Часть четвертая
Инструментальный дискурс проблемы:
психическое здоровье этнических меньшинств
и социальные факторы

Глава 11. Роль социальных детерминант в формировании психического здоровья	254
---	------------

11.1. Проблема социальных факторов в этнокультурных исследованиях психического здоровья	255
11.2. Особенности социокультурной ситуации в Казахстане	263
11.3. Историческая и этнопсихологическая характеристика немецкого этноса в Казахстане.....	265
Глава 12. Общая оценка состояния психического здоровья этнических немцев в Казахстане	273
12.1. Организация исследования психического здоровья этнических немцев в Казахстане.....	273
12.2. Клинико-психологическая характеристика психического здоровья исследуемых	282
12.3. Взаимосвязи социодемографических параметров и психического здоровья исследуемых.....	284
Глава 13. Роль социальных стрессоров в формировании психического здоровья этнических немцев в Казахстане.....	296
13.1. Субъективная оценка исследуемыми макросоциальных стрессоров	296
13.2. Субъективная оценка исследуемыми микросоциальных стрессоров	297
13.3. Взаимосвязи социальных стрессоров и психического здоровья исследуемых	298
Глава 14. Роль социальных и личностных ресурсов в формировании психического здоровья этнических немцев в Казахстане	305
14.1. Субъективная оценка исследуемыми макросоциальных ресурсов	306
14.2. Субъективная оценка исследуемыми микросоциальных ресурсов	308
14.3. Субъективная оценка исследуемыми личностных ресурсов	309

14.4. Взаимосвязи социальных, личностных ресурсов и психического здоровья исследуемых	311
Глава 15. Медико-социальные подходы к укреплению психического здоровья этнических меньшинств	315
15.1. Общие принципы укрепления здоровья социально-этнических групп.....	317
15.2. Специфические психогигиенические программы.....	321
Заключение	325
Список сокращений	331
Список литература и источников	332

Научное издание

Николаев Евгений Львович
Игнатьев Юрий Владимирович
Мухамадиев Даврон Мансурович

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ КУЛЬТУР**
клинические, психологические и социальные реалии

Монография

Редактор *Т.Н. Князева*
Компьютерная верстка и правка *Т.В. Калишовой*

Подписано в печать 01.03.2013. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 21,96. Уч.-изд. л. 21,85. Тираж 500 экз. Заказ № 167.

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



Николаев Евгений Львович,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, член Правления Российского общества психиатров. Автор 5 монографий и более 350 научных публикаций. Основные научные направления - социокультурные вопросы здоровья, клиническая психология, психология здоровья, психотерапия, пограничная психиатрия.



Игнатьев Юрий Владимирович,

доктор медицинских наук, доцент кафедры коммуникативных навыков, основ психотерапии, общей и медицинской психологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Автор более 50 научных публикаций, в т.ч. в ведущих международных журналах. Область научных интересов - клиническая и социальная психиатрия, коммуникативные навыки, конфликтология, эпидемиологические вопросы психического здоровья.



Мухамадиев Даврон Мансурович,

доктор медицинских наук, глава Московского регионального представительства Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, лауреат Государственной премии Республики Таджикистан. Автор 3 монографий и более 120 научных публикаций в международных изданиях. Область научных интересов – социокультурные вопросы психического здоровья, судебно-медицинская экспертиза, гуманитарная деятельность.