

Глава 4

Социальная психиатрия



* * *

... Я не люблю холодного цинизма,
в восторженность не верю, и еще —
когда чужой мои читает письма,
заглядывая мне через плечо.

Я не люблю, когда наполовину
или когда прервали разговор.
Я не люблю, когда стреляют в спину,
я также против выстрелов в упор.

Я ненавижу сплетни в виде версий,
червей сомненья, почестей иглу, или —
когда все время против шерсти, или —
когда железом по стеклу.

Я не люблю уверенности сытой,
уж лучше пусть откажут тормоза.
Досадно мне, коль слово "честь" забыто
и коль в чести наветы за глаза. ...

В. Высоцкий





Психическое здоровье населения в кризисные периоды развития общества

Способность к физическому и духовному труду – источнику и основе существования популяции и отдельного индивида – формируется как социальная функция, определяющая место и роль человека в обществе. Генетически обусловленные потенциальные возможности индивида, обеспечиваемые его биологическими функциями, реализуются в социальную деятельность только в условиях общества, путем социального наследования. Исходя из этого, особенности общества – существующие в нем нормы, традиции, представления, иные социальные функции – определяют менталитет проживающих в нем людей, их коллективную психологию, индивидуальное и общественное психическое здоровье.

В последние годы в нашей стране значительно возрос интерес к изучению взаимосвязи общественного развития и психического здоровья. Связано это с нынешней ситуацией в экономике, здравоохранении, социально-политической сфере в целом, объективно способствующей ухудшению здоровья населения, и в первую очередь, психического здоровья. Некоторые социально-культурные тенденции, такие как ослабление семейных и соседских связей и взаимопомощи, возрастающее у индивидуумов чувство отчужденности от государственной власти и системы управления, увеличивающиеся материальные запросы потребительски настроенного общества, утрата идеалов, безграничное распространение половой свободы и быстрое увеличение социальной и географической мобильности



во многих регионах страны также оказывают воздействие на психическое здоровье.

Анализируя динамику психических расстройств у населения России за 1991—1999 гг., следует отметить рост показателей заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманиями, неврозами, старческими психозами, психосоматическими расстройствами, т. е. тех нарушений, в возникновении которых значительную роль играют социально-экономические факторы. В значительной мере контингент лиц с психическими расстройствами пополняется за счет людей, пострадавших от военных и стихийных бедствий, аварий и катастроф, оказавшихся в состоянии бедности и даже нищеты.

В течение 1999 г. в государственные психиатрические и наркологические учреждения России обратились за помощью 6,77 млн человек (4,6 % всего населения), в том числе 0,93 млн детей (3,1 % детского населения), 0,3 млн подростков (4,5 % подросткового населения) и 5,54 млн взрослых (5,0 % взрослого населения). Из них у 3,8 млн человек (2,6 % населения) выявлены психические расстройства, а у 2,97 млн человек (2,0 % населения) — алкогольная и другие виды зависимости. Кроме того, еще 123,8 тыс. человек находятся в психоневрологических интернатах системы социальной защиты населения. Таким образом, в целом по стране число учтенных больных с психическими и наркологическими расстройствами в 1999 г. составило 6,89 млн человек (4,7 % населения). Объяснить ситуацию с психическим здоровьем населения страны может такая отрасль медицины, как социальная психиатрия.

Социальная психиатрия представляет собой самостоятельный раздел психиатрии, изучающий влияние факторов социальной среды на психическое здоровье — распространенность, возникновение, клинические проявления и динамику психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психических расстройств (Дмитриева, Положий, 1994). Следовательно, социальная психиатрия включает как фундаментально-теоретические, так и практические (прикладные) вопросы.



Исходя из приведенного определения, можно сформулировать основные задачи социальной психиатрии. Первая из них заключается в **изучении влияния на психическое здоровье макросоциальных факторов**, т. е. непосредственно обусловленных общественным строем, социально-экономической и политической структурой.

Значимость роли макросоциальных факторов в развитии психических расстройств еще более возросла в последние годы в условиях переживаемого Россией переходного периода. Посттоталитарный этап развития общества сопровождался социально-политической и экономической нестабильностью, ломкой жизненных стереотипов, утратой прежних идеалов, поляризацией общества по материальному положению и идеологическим убеждениям, что привело к психической дезадаптации значительной части населения. По мнению Ц. П. Короленко (1991), в условиях повышенной социальной напряженности в обществе создаются предпосылки для роста психических расстройств и социально опасных форм отклоняющегося поведения (алкоголизм, наркомании, суициды), причем развитие идет по пути "порочного круга", так как увеличение числа случаев психических и поведенческих расстройств, в свою очередь, усиливает социальную напряженность в популяции. В целом, под изучением влияния макросоциальных факторов на психическое здоровье понимается в виду оценка роли социально-политической и экономической ситуации в стране в возникновении состояний психической дезадаптации и иных психических расстройств.

Вторая задача социальной психиатрии заключается в **изучении влияния микросоциальных факторов на психическое здоровье**. Напомним, что такие факторы отражают конкретные направления общественной жизни людей в разных ее сферах (труд, отдых, быт и т.д.). Актуальность данной задачи определяется тем, что различные группы микросоциума (семья, производственный коллектив, различные неформальные группы) способны играть как саногенную, так и патогенную роль в отношении психического здоровья человека.



Особое значение в ряду микросоциальных факторов принадлежит семье, в которой проходит значительная часть жизни подавляющего большинства людей. Можно выделить три социальных типа семей, определяющие психическое здоровье ее членов (Положий, 1998).

Первый тип получил условное название "*надежный тыл*". Он характеризуется искренними теплыми взаимоотношениями всех членов семьи, их общими интересами, комфортным психологическим микроклиматом. Особо важна в семье функция взаимной социальной поддержки — своеобразного буферного механизма для смягчения психологических последствий стресса. Таким образом, межличностные взаимоотношения, существующие в семье типа "*надежный тыл*", могут рассматриваться как факторы защиты (охраны) психического здоровья, выполняющие саногенную и протективную функции.

Второй тип — "*фронтальная зона*". Такая семья характеризуется наличием деструктивных межличностных отношений, вплоть до постоянных скандалов, конфликтов, взаимных унижений. Между членами семьи существует выраженная напряженность, неприятие друг друга, отсутствует функция социальной поддержки. Такие взаимоотношения ведут к психической дезадаптации, способствуют невротизации личности и, в итоге, выполняют патогенную роль в отношении психического здоровья.

Третий тип имеет условное название "*нейтральная полоса*". Межличностные отношения в таких семьях носят формальный, безразличный, холодный характер. Дефицит в эмоциональной сфере, отсутствие функции социальной поддержки в семьях данного типа служат факторами риска в нарушении психического здоровья.

Следующая задача социальной психиатрии заключается в **изучении влияния возраста на психическое здоровье**. Лица определенных возрастных групп (дети, подростки, лица зрелого возраста, пожилые, престарелые) подвергаются специфическим психопатогенным социальным факторам, знание которых необходимо не только для лучшего понимания возрастных



аспектов этиопатогенеза психических расстройств, но и для повышения эффективности их профилактики и терапии.

Не менее важной задачей служит **сравнительное изучение психического здоровья в различных этносах и культурах**. Эта проблема относится к числу наименее разработанных в отечественной психиатрии. Этнокультуральные проблемы психиатрии сравнимы с такими медико-философскими понятиями, как нормальный и патологический статус в психиатрии. Знание этнокультуральных особенностей служит неперенным условием правильной диагностики и эффективной терапии лиц с психическими расстройствами.

Социальная психиатрия изучает также психическое здоровье представителей различных социально-профессиональных групп населения (работников промышленности, военнослужащих, работников сельского хозяйства, студентов, лиц, работающих в условиях с риском для жизни и здоровья и т.д.).

Фундаментальна по своей сути задача **изучения роли социальных факторов в формировании и течении отдельных видов психических расстройств**. В настоящее время в мировой психиатрии подавляющее большинство психических расстройств относится к полиэтиологическим. Считается, что в их формировании принимают участие как внешние, так и внутренние факторы, как социальные, так и биологические, а причина и условия в процессе течения заболевания подчас меняются местами. В этом континууме ближе к социальному полюсу находятся невротические, стрессовые и соматоформные расстройства, а к биологическому — олигофрениии. Остальные психические заболевания занимают как бы промежуточное положение по этой шкале. Таким образом, отдавая должное роли социальных факторов, нельзя забывать о биологической сущности человека, в силу чего его поведение, как нормальное, так и отклоняющееся, определяется его биологическим субстратом и индивидуальным социальным опытом. Помимо изучения механизмов социальных воздействий, необходимо уточнять их влияние на клиническую динамику психических заболеваний (темп и прогрессивность, интенсификацию и



усложнение психопатологической симптоматики, хронизацию процесса и т. д.).

Психические расстройства могут возникать под воздействием социального стресса — социального неблагополучия (безработица, вынужденная миграция, социальная незащищенность и т. д.), сверхсильных нагрузок, возникающих в условиях чрезвычайных ситуаций (катастрофы, войны, терроризм, преступные акции). Исходя из этого, непосредственную практическую направленность имеют задачи по изучению роли социальных факторов в формировании различных видов деструктивного, в том числе суицидального поведения, а также общественно опасного поведения психически больных.

Наряду с деструктивным воздействием необходимо также учитывать и положительные возможности социальных воздействий по терапии, реабилитации и профилактике психических расстройств. Эта задача предусматривает поиск методов диагностики, лечения и профилактики психических расстройств исходя из существующей взаимосвязи индивидуума с окружающей средой. Основой для социотерапевтических подходов могут служить методы коммуникативной психотерапии, поведенческой терапии, тренинга социальных навыков, логотерапии, позволяющей пациенту восстановить утраченное ощущение осмысленности жизни (заполнить экзистенциальный вакуум); индивидуальной и групповой терапии, направленной на преодоление фрустрационного состояния; семейной психотерапии, ориентирующейся на позитивные ценности пациента и его семьи. Все это относится, прежде всего, к тем случаям, где речь идет о прямом взаимодействии личности с микросредой и необходимости его коррекции (первичная социальная группа). Наряду с этим существует уровень вторичных социальных групп, когда на индивидуума влияют субкультуральные факторы, что необходимо учитывать в специальных профилактических и реабилитационных программах.

Другим важным аспектом этого блока задач служит создание института социальных работников, специально подготовленных для работы в психиатрии. Такой опыт накоплен в большинстве



западных стран, психиатрические службы которых уже невозможно представить без этого направления социотерапевтической и социореабилитационной помощи. Кроме того, отечественная психиатрия стоит перед необходимостью адаптации методов социальной реабилитации психически больных к новым социально-экономическим условиям страны.

Выполнение задач социальной психиатрии невозможно без разработки методов совершенствования социально-психиатрической помощи: изучения социальных последствий психических заболеваний (утрата профессии, трудоспособности, семейно-бытовая дезадаптация), внедрения системы социальной поддержки психически больных, а также программ охраны психического здоровья населения, изучения отношения общества к психически больным и разработки методов психиатрического (психогигиенического) просвещения населения. В современной российской психиатрии эти задачи приобретают особое значение вследствие происходящего в последние годы радикального переустройства всей жизни общества, формирования новой социально-политической и экономической реальности. В этих условиях все социально-психиатрические институты должны соответствовать новой общественной системе.

Радикальные социально-политические перемены, произошедшие в России в начале 90-х годов, казалось бы, создали объективные предпосылки для улучшения психического здоровья индивида и общества. К числу таких предпосылок можно отнести крушение тоталитарного режима, становление свободы и демократии, раскрепощение личности, деидеологизацию науки, культуры, всей жизни общества, возвращение к религии. Однако приходится с сожалением констатировать, что за прошедшие годы показатели психического здоровья населения не только не улучшились, но и продолжают ухудшаться.

Вот лишь некоторые цифры, подтверждающие это положение. За период 1991—1996 гг. число больных с пограничными психическими расстройствами возросло в 1,4 раза, алкоголизмом — в 1,3, алкогольными психозами — в 3,9, наркоманиями — в 6,6, умственной отсталостью — в 2,25 раза (Казаковцев, 1998).



По прогнозу Научного центра психического здоровья РАМН, при сохранении в стране нынешней кризисной ситуации число больных психическими расстройствами достигнет в ближайшие годы 10 млн человек. По данным Государственной статистической отчетности, частота суицидов в России увеличилась более чем в 2 раза, по сравнению с 1991 г. С ростом экономических трудностей резко ухудшилось положение психически больных "хроников", потерявших возможность использовать свою остаточную трудоспособность, лишившихся источников существования, что проявилось ростом инвалидности вследствие психических заболеваний.

Естественно, встает вопрос, как объяснить все эти неблагоприятные тенденции, учитывая, что страна выбрала стратегически правильный путь своего дальнейшего развития. Ответ на этот сложный вопрос не может быть однозначным и предполагает комплекс причин. Произошедшие в начале 90-х годов преобразования носили столь радикальный и стремительный в историческом масштабе характер, что не могли не сопровождаться интенсивным стрессовым воздействием на людей. Значительная часть общества испытала массовый шок, обусловленный крушением политической системы, распадом существовавшего государства, потоком разоблачений и обнародованием утаивавшейся ранее информации, необходимостью смены ценностных ориентаций, всего жизненного стереотипа.

Совокупность этих стрессовых факторов наиболее адекватна понятию "**стресс социальных изменений**", рассматриваемого ВОЗ в качестве одной из разновидностей психосоциальных стрессов. Согласно определению ВОЗ, под этим понятием подразумевается дистресс, связанный с радикальными и крупномасштабными переменами в жизни общества, способными вызывать дезадаптацию у отдельных людей, определенных социальных групп и даже общества в целом ("социальная дезорганизация" общества). Такая дезадаптация может проявляться чувствами социальной отверженности и несправедливости, чуждости новым социальным нормам, культуре и системе



ценностей, осознанием собственной беспомощности и изолированности. О подобных переломных периодах писал еще в середине прошлого века французский революционер и теоретик анархизма Ж. Прудон: "Все традиции устарели, символы веры отброшены, однако новая программа еще не готова, она еще не овладела сознанием масс. Отсюда то, что я называю распадом. Это жесточайший момент в жизни общества".

В последующем значительная часть людей успешно адаптировалась к новым условиям жизни, находя в ней свое место и вырабатывая новые формы поведения. Это вполне адекватная реакция индивида, предполагающая приспособляемость человека к изменяющимся условиям внешней среды, если они, разумеется, не противны самой природе человека. Такая адаптация отражает устойчивость и пластичность здоровой человеческой психики. Для данной группы общества характерна ориентация не на преходящие сложности, а на перспективные достоинства нового уклада.

Однако есть и другая часть общества. К ней относятся те люди, у которых социальный стресс вызвал стойкую психическую и социальную дезадаптацию, проявляющуюся различными формами психических нарушений, начиная от предболезненных состояний и заканчивая психогенными расстройствами и обострениями уже имевшихся психических заболеваний.

Таким образом, первой предпосылкой ухудшения психического здоровья населения служили неизбежные трудности и издержки периода радикального и стремительного общественного переустройства, носящие характер стресса социальных изменений.

Другая предпосылка неблагополучного состояния психического здоровья в современной России была обусловлена неудовлетворительным ходом осуществляемых в стране преобразований. Лидеры социально-экономических реформ 90-х годов совершенно не приняли во внимание необходимость психологической адаптации общества к этим процессам. В частности, следовало учесть так называемую "*мотивацию нации*",



определяемую ее менталитетом, конкретными этническими, социальными и культуральными особенностями. В современной социальной психологии традиционно выделяется два основных типа культур: западный, базирующийся на принципах индивидуализма, либерализма и максимальной свободы каждой личности, и восточный, основывающийся на принципах коллективизма, предполагающих подчинение личных потребностей потребностям группы (общества).

По мнению Х. Пезешкиана (1998), сегодняшнее российское общество имеет не только признаки восточной и западной культур, но и некую собственную специфику, не поддающуюся описанию данными категориями. При этом российский менталитет можно охарактеризовать с помощью 4 составляющих:

- западная направленность (приоритетное отношение к получению образования, престижу работы и профессиональной деятельности);
- восточная (особое значение семьи, детей, родителей, дружбы и дружеских связей);
- советская (коллективизм во всех сферах жизни, уравнительный подход, негативное отношение к частной собственности);
- российская (склонность к тоске и рефлексии, значимость духовно-магических вопросов, суеверность, терпение, выдержка и одновременно высокая эмоциональность, альтруизм, толерантность к иным народам и культурам).

Если учитывать такую сложную и разноплановую национальную психологию россиян, становится очевидным, что избранная западная модель переустройства общества оказалась психологически неадекватной менталитету основной части населения, а трудности, возникающие в ходе ее реализации, принимали характер социального стресса.

К числу личностно-психологических предпосылок затрудненной адаптации к новым условиям жизни следует также отнести неподготовленность большей части населения к самостоятельной деятельности в новых условиях, отсутствие у людей соответствующей политической и экономической культуры,



наличие сформировавшегося за годы советской власти тоталитарного сознания, характеризующегося внутренней зависимостью от власти, социальной пассивностью, иждивенчеством, безынициативностью.

Люди с такими качествами могут достаточно быстро адаптироваться к социальным условиям, породившим эту деформацию. Однако стремительная демократизация общества привела к сильнейшему психологическому потрясению, причем основным стрессогенным фактором стала неожиданно пришедшая свобода. Этот феномен хорошо описан Э. Фроммом в его классическом труде "Бегство от свободы" (1941). У обезличенного человека с утраченным чувством "Я" неожиданно пришедшая свобода вызывает острые чувства беспомощности, одиночества, тревоги и неизвестности. Неверие в собственные силы, неумение принимать самостоятельные решения ведут не только к неодолимому желанию вернуться в прошлое, привычно раствориться в сильнейшем целом, найти, как писал Ф.М. Достоевский, "кому бы передать поскорее этот дар свободы", но и к глубокому внутриличностному конфликту. Справедливости ради, следует заметить, что за свободу всегда приходится дорого платить, ибо, как заметил тот же Э. Фромм: "Свободный человек неизбежно лишен безопасности, мыслящий человек неизбежно лишен уверенности".

Неудачи в социально-экономической политике повлекли за собой множество негативных общественных явлений, обладающих мощным стрессогенным воздействием на психическое здоровье людей. Сюда относятся спад и остановка производства, вызвавшие рост безработицы и резкое ухудшение материального положения огромной части населения, потеря престижа работы в сфере производительного труда; мизерный уровень и хронические невыплаты зарплаты, политическая нестабильность в стране, поляризация общества по идеологическим убеждениям и материальному состоянию. Рыночная экономика приобрела извращенные черты, когда мерилom всего стали деньги, прибыль, а стремление к обогащению подменило общечеловеческие ценности. Вместо разума и знаний на первый план



вышли сметливость, хитрость, ловкость. Определяющим стал принцип "цель оправдывает средства". В ряду этих факторов особое место занимает криминализация общества, проявляющаяся небывалым ростом преступности, коррупции, терроризма, бандитизма. При этом на смену страху перед репрессивными органами пришел страх перед возможностью стать жертвой преступности или терроризма.

Психологические механизмы развития стрессовых расстройств могут быть описаны концепцией кризиса идентичности, разработанной видным американским исследователем Эриком Эриксоном (1950). Идентичность подразумевает неотъемлемое и базисное свойство человека, характеризующее его самосознание, тождественность самому себе, гармонию между личностным и социальным "Я". По определению Г. Аммона (1982), под идентичностью понимают "принципы человеческой жизни, как таковые, которые являются суммой освоенных групповых отношений, находящихся в постоянном динамическом движении. Это — процесс, постоянный поиск, постоянное развитие". Таким образом, необходимое условие психического здоровья и нормального развития человека заключается в непрерывном (в течение всей жизни) формировании и видоизменении идентичности. В свою очередь, кризис идентичности означает утрату собственного самосознания, ощущения себя как личности. По мнению Э. Эриксона (1950), о кризисе идентичности можно говорить во многих случаях, в частности, в процессе развития индивида (возрастные кризисы как атрибут жизненного пути человека), а также в периоды тяжелых и быстрых исторических перемен.

Б. С. Положему (1993) принадлежит разработка концепции кризиса идентичности применительно к нынешней социальной ситуации в России и состоянию психического здоровья населения. Произошедшие в стране радикальные и стремительные перемены во всех сферах жизни повлекли за собой необходимость формирования новой идентичности у каждого человека. Если этого не происходило, возникал кризис идентичности, характеризовавшийся ощущением утраты собственного само-



сознания, самости, тождественности самому себе, гармонии между личностным "Я" и окружающей действительностью.

По мнению немецкого философа В. Хесле (1994), одной из наиболее частых причин кризиса идентичности служит понимание человеком несоответствия своего собственного поведения изменившимся нормам и ценностям. Еще более серьезная причина кризиса заключается в осознании того, что нормы, которым человек ранее следовал с чистой совестью, даже жертвуя собой, не могут претендовать на обоснованность и законность, и их признание было личной или коллективной ошибкой. Примером тому могут служить случаи кризиса идентичности у многих "рядовых" коммунистов, веривших в идеалы социализма, непогрешимость компартии и ее руководителей, отдававших все свои силы и здоровье "во имя приближения светлого будущего". В этом случае можно говорить не только о кризисе идентичности отдельных индивидов, но и, учитывая масштабность произошедших событий, о кризисе коллективной идентичности. В основе — отрицание символов, распад коллективной памяти, утрата веры в общее будущее, несоответствие собственных убеждений новым социальным ценностям.

Клиническая картина нарушений психического здоровья, обусловленных воздействием социального стресса, по своей сущности наиболее адекватна диагностическим признакам **расстройства адаптации**. Это проявляется субъективным дистрессом и эмоциональными расстройствами, препятствующими социальному функционированию и возникающими в период адаптации к значительному изменению в жизни, или стрессогенному фактору. Выделяют три варианта данного состояния: аномический, диссоциальный и магифренический (Положий, 1997).

Аномический вариант. Понятие "аномия" было впервые выдвинуто французским социологом Э. Дюркгеймом (1897) в его классическом труде, посвященном проблеме самоубийств. Под аномией Дюркгейм подразумевал социальное явление, характеризующееся разрушением всех традиционных общественных уз. Аномия вызывает у человека психическую дезадаптацию



как результат утраченных целей в жизни и является, по мнению автора, одной из наиболее частых причин самоубийств.

Аномический вариант проявляется развитием апатии, отчужденности, социальной отгороженности. Клиническая симптоматика включает в себя астенические, тревожные, депрессивные и апатоабулические компоненты. Больные становятся пассивными, вялыми, безынициативными, теряют уверенность в себе, своих силах и возможностях, ощущают неспособность противостоять жизненным трудностям и преодолевать их, найти свое новое место в изменившейся жизни. Осознание своей несостоятельности сопровождается снижением настроения, общей подавленностью, мыслями самоуничижительного характера. Расстройства аффекта носят чаще субдепрессивный характер, однако в ряде случаев депрессия может достигать и большей глубины. Такие личности как бы плывут по бурным волнам жизни, безвольно и смиренно ожидая исхода этого плаванья. По своей сути аномический вариант напоминает описанное З. Фрейдом (1923) социально спровоцированное развитие невроза, когда "невроз начинает заменять монастырь, в который обычно удалялись все те, которые разочаровались в жизни или почувствовали себя слишком слабыми для жизни".

Больные с аномическим вариантом испытывают выраженные затруднения в приспособлении к меняющимся условиям жизни. Они чаще других подвергаются "сокращению" на работе, не могут сменить вид деятельности, освоить другую профессию, не проявляют настойчивости в поисках новой работы, средств к существованию. Их социальный протест пассивен и непродуктивен. Семейное неблагополучие, усугубляемое материальными трудностями, еще более усиливает их социальную дезадаптацию.

Диссоциальный, или агрессивно-деструктивный вариант. По нашим наблюдениям, ему подвержены лица, преморбидно акцентуированные по возбудимому или неустойчивому типу. Стресс социальных изменений активизировал имевшийся у них потенциал агрессии. При этом пришедшая свобода была воспринята ими как "свобода от", т.е. возможность не нести никакой ответственности за свои поступки и действия.



В клиническом отношении диссоциальный вариант проявляется эмоциональными и поведенческими расстройствами, среди которых преобладают аффективная неустойчивость, деструктивная, направленная вовне агрессия, неадекватное отношение к действительности, снижение толерантности к психогенным факторам, ослабление контроля за своим поведением, нетерпимость к иным точкам зрения, при этом мышление зачастую приобретает сверхценный характер. По своим клиническим проявлениям диссоциальный вариант расстройства адаптации имеет сходство с описанной в 20-е годы П.Б. Ганнушкиным "социально нажитой психопатией".

Вполне естественно, что поведение таких больных приобретает антисоциальную направленность. Они часто и демонстративно нарушают общественный порядок, цинично пренебрегают социальными нормами и требованиями, дают вспышки немотивированной агрессии, будь то избиение человека или разрушение подвернувшегося под руку материального объекта. Такие лица охотно рекрутируются криминальными структурами для выполнения особо жестоких насильственных функций, где находит выход их накопившаяся агрессия.

Следует отметить, что, несмотря на выраженность описанных психопатологических нарушений, они не достигают тотальности и стабильности, присущих психопатиям, обладают способностью к редукции. Хотя в отдельных случаях лишь достаточно длительный катамнез позволяет дифференцировать диссоциальный вариант расстройства адаптации от расстройства личности (психопатии).

Магифренический вариант. В названии этого клинического варианта расстройства адаптации отражена суть психопатологических нарушений — развитие магического мышления. Как известно, данный клинический феномен характеризуется тем, что в мышлении начинают доминировать сверхценные, а иногда и бредоподобные идеи мистического, иррационального содержания, которые противоречат современным научным представлениям и несвойственны данной культуре.



Под влиянием социального стресса такие больные как бы "уходят" из мира реальных трудностей в искусственный мир мистических представлений и переживаний. Преморбидное состояние характеризуется такими чертами, как инфантильность психики, невысокий уровень развития и образования (хотя и не во всех случаях), неуверенность, мнительность, повышенная внушаемость.

Появление магического мышления начинает определять поведение, установки, весь стереотип жизни таких больных. Одни из них начинают посещать экстрасенсов, колдунов, астрологов, строя жизнь по их рекомендациям. У других развивается извращенное отношение к своему здоровью, проявляемое фанатичным соблюдением причудливых диет, проведением физических и психических тренировок, имеющих абсолютно иррациональное обоснование. Третьи не менее фанатично погружаются в мир восточных эзотерических учений, они становятся членами различных псевдорелигиозных сект и объединений. Собственная слабость вкупе с магическим мышлением обуславливают потребность таких лиц в некоем человеке-символе ("учителе", гуру), которому они полностью и слепо подчиняются. Такие тоталитарные, по своей сути, секты не только парализуют личность, но и углубляют уже имеющиеся расстройства адаптации (Кондратьев, 1995; Полищук, 1995). В ряде случаев такие лица попадают под влияние бредовых больных с истинно психическими заболеваниями, что также ведет к утяжелению дезадаптационных нарушений и формированию индуцированных психических расстройств. Следует отметить, что распространению магифренического варианта в немалой степени способствуют абсолютная легализация и бесконтрольность деятельности в нашей стране так называемых "народных целителей", что недопустимо в цивилизованном правовом государстве. Весьма негативную роль играют и средства массовой информации, фактически пропагандирующие невежество и мистику.

Лица с магифреническим вариантом расстройства адаптации фактически выпадают из нормальной личной и общественной жизни, зачастую бросают работу, теряют семью, становятся



участниками или жертвами противоправных акций своих наставников и кумиров. В их психическом складе начинают доминировать пассивность, повышенная внушаемость и подчиняемость, что можно условно назвать "роботизацией" индивида. Кроме того, у многих пациентов, прошедших "лечение" у "целителей", экстрасенсов, знахарей, возникают тяжкие осложнения соматического характера.

Профилактика расстройств адаптации, обусловленных социальным стрессом, весьма затруднительна. Во многом она зависит от внешних факторов, но, тем не менее, роль психиатров и психологов не должна сводиться к пассивному ожиданию благоприятных социальных перемен. Именно сейчас требуется активная просветительная деятельность, направленная на выработку психологической устойчивости, обучение методам совладания со стрессом, наконец, ориентирующая на обращение за помощью к специалистам — психиатрам и психологам. При этом особое внимание должно уделяться психологическим аспектам воспитания подрастающего поколения, формированию свободной и самостоятельной личности.

Оказание терапевтической помощи лицам с расстройствами адаптации также сопряжено с немалыми проблемами. С одной стороны, это обусловлено тем, что больные с расстройствами адаптации не так уж часто обращаются к психиатрам. С другой — сами психиатры практически не ориентируются в этих новых для них видах патологии, ставят более привычные диагнозы (например, неврастения) и, соответственно, проводят малоэффективное лечение, не учитывающее в качестве причины социальный стресс. Наш опыт лечения больных с расстройствами адаптации показывает особую эффективность широкого спектра психотерапевтических воздействий — от кризисной интервенции до длительной целенаправленной психотерапии.

Следует также отметить, что российские психиатры, воспитанные в традициях чрезмерной биологизации психиатрии и своеобразного, отстраненного от социальных реалий "панклинцизма", оказались не в полной мере готовы к работе с новыми



контингентами больных. Преодоление этого отставания требует формирования нового мышления психиатров, базирующегося на единстве социального и биологического в психике человека.

Ухудшение социальной обстановки в обществе обуславливает появление психических расстройств по типу социальной дезадаптации, учащение случаев общественно опасных деяний, совершаемых психически больными. Это объясняется тем, что у больных с психическими расстройствами важнейшую роль при формировании общественно опасного поведения играют макро- и микросоциальные факторы, определяющие конкретные условия их существования.

Негативные социальные изменения в обществе, повлекшие за собой рост безработицы, инфляцию, подорожание товаров и услуг, наиболее сильный удар нанесли социально-уязвимым людям, в том числе страдающим психическими заболеваниями. Им наиболее трудно обеспечить себя материально, найти защиту в случае увольнения и т. д. Эти обстоятельства могут провоцировать психически больных на противоправные действия.

Помимо социальной и материальной незащищенности причины роста общественно-опасных деяний могут быть обусловлены наличием антисоциального окружения, конфликтными отношениями в семье, а также отсутствием перспектив на будущее. Антисоциальное окружение традиционно считается одним из серьезных факторов риска для психически больных. Чаще оно формируется людьми из ближайшего круга общения (родственники, друзья). Даже при отсутствии асоциальных тенденций в его поведении криминальное окружение может толкать больного на совершение преступления. Высокая частота конфликтных отношений в семье как фактор риска может быть связана с высокой долей семей больных с неблагоприятным психологическим микроклиматом. Отсутствие перспектив на будущее утяжеляет состояние больных, приводя к внутренней и внешней реализации агрессивных тенденций.

Угроза безработицы особенно сильно затронула наиболее уязвимую часть общества — психически неполноценных людей.



Утрата возможности работать в индивидуально созданных условиях, что было обусловлено закрытием лечебно-трудовых мастерских, специальных цехов, а также исчезновением системы активного трудоустройства психически больных на промышленные предприятия, привела психически больных к субъективной необходимости зарабатывать на жизнь любыми, даже противозаконными методами. Атмосфера насилия и криминализации в немалой степени этому способствует. Психические больные оказываются послушными исполнителями в криминальных структурах.

К факторам социального риска могут быть отнесены и девальвация прежней системы ценностей, социальное неблагополучие, связанное с неблагоприятными жилищными условиями. Сопоставление факторов социального риска, в сравнении с предыдущим периодом развития общества, позволил их разделить на 4 группы: стабильные, снижающиеся, растущие, новые. В первую из них вошли факторы социального неблагополучия, антисоциальное окружение и конфликтные отношения в семье. Во вторую группу попали факторы социального риска, доля которых снизилась (несовершенство правовых основ хозяйственной деятельности, а также отсутствие свободы и подавление личной инициативы, конфликтные отношения на работе). Третья группа включает факторы материального неблагополучия, доля которых выросла (тяжелые материальные условия, неблагоприятные жилищные условия, вынужденная смена места жительства, утрата работы). Последняя, четвертая, группа факторов социального риска включает те из них, которые вообще не существовали в предыдущем общественном периоде. К ним относятся атмосфера насилия и криминализации в обществе, угроза безработицы или смены профессии, девальвация прежней системы ценностей, угроза со стороны криминальных структур, участие в квазирелигиозных и тоталитарных сектах.

Таким образом, неблагополучная социально-экономическая ситуация в обществе оказывает негативное влияние на психическое здоровье населения, что проявляется ростом распространен-



ности психических расстройств, появлением новых для отечественной психиатрии, социально-обусловленных заболеваний, увеличением частоты и утяжелением характера общественно опасных деяний, совершаемых психически больными.

Социальные факторы и пограничные психические расстройства

В последнее время в области клинической и социальной медицины выделилась и стала развиваться пограничная психиатрия. Это связано не только с тенденцией к интеграции психиатрии в общую медицину и психологию, но и с резким возрастанием психоэмоционального перенапряжения людей. Социально-политическая нестабильность, локальные войны, экологические крупномасштабные катастрофы, безработица, появление большого числа беженцев и вынужденных переселенцев и многие другие макро- и микросоциальные факторы ведут к росту невротических, связанных со стрессом, и соматоформных психических расстройств (МКБ-10). Тот факт, что увеличение числа лиц с невротическими и психосоматическими нарушениями наблюдается, прежде всего, в развитых странах, объясняется, вероятно, не только улучшением выявляемости нарушений психической деятельности, но и комплексом других причин. К их числу относятся, во-первых, увеличение психоэмоционального перенапряжения у жителей урбанизированных стран и, во-вторых, повышение сензитивности, ранимости и ипохондричности в более образованных и развитых группах населения. Ф. Александер и С. Шелтон (1995) отмечают, что обособленный человек XIX века с его стойкой самодостаточной системой ценностей быстро уступает место общинному, так называемому вовне направленному человеку с мятущейся душой, тщетно пытающемуся осознать свою личность.

В 1991 г. на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик Советского Союза было



высказано предложение о выделении в структуре пограничных состояний группы так называемых **социально-стрессовых расстройств** (ССР). Социально-психологическая ситуация в России привела к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого психоэмоциональное перенапряжение и психическая дезадаптация представляют собой, по существу, явление коллективной травмы. Аналогичное состояние общества можно выявить при анализе психического здоровья населения разных стран в критические исторические периоды. В частности, известный русский психиатр Ф. Е. Рыбаков (1906) в докладе, сделанном на заседании Московского общества невропатологов и психиатров, отметил "причинную связь" между политическими событиями того времени (революция 1905 г.) и психическими расстройствами. Он обратил внимание на то, что погромы, забастовки, принудительное участие в стачках вызывают у людей, особенно у пассивно участвующих в политическом движении, тревогу, страх, подавленность в действиях, острый бред и другие расстройства с последующим изменением характера.

К основным социальным причинам возникновения ССР во многих бывших республиках Советского Союза можно отнести, во-первых, последствия длительного господства тоталитарного режима, воспитавшего несколько поколений людей на псевдодемократических принципах развития современного общества и лишившего их духовной, средовой, экологической основы организации жизни; во-вторых, экономический и политический хаос, безработицу, обострение межнациональных конфликтов, локальные гражданские войны, экономическое расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности. Указанные причины, а главное, их затянувшийся и нарастающий характер, обусловили распад привычных социальных связей, множество мелких внутри- и межличностных конфликтов, в основе которых лежат не столько социально-нравственные, сколько общие социально-экономические и политические проблемы.



Групповая аналитическая работа с больными выявила не только социальную, но и определенную личностную дезориентацию, обусловленную переменами, происходящими в России. Причины этого могут крыться в социальной культуре населения, сформировавшей у личности стандартизированный, общий для всех идеал "Я". В период разрушения старой социальной системы с ее догмами произошло свержение этого идеала. При этом старые "общественные ценности" и ориентиры разрушались, а новые — отставали в своем формировании. Это послужило "естественной основой" для развития психологической неуверенности у многих людей, мешающей быстрому преобразованию общества. Для подавляющего большинства населения крайне актуальными остались не только социальные, но и личностные проблемы. Опорой в этот сложный переходный период, вероятно, может стать индивидуальное "Я". А. С. Аведисова (1996) в специальном исследовании показала, что при этом важна не столько социально-экономическая ситуация в целом, а ее составляющие — лично значимые социально-политические и экономические факторы, такие как, например, страх за будущее детей, опасность их призыва в армию и направления в зону военных действий. У многих людей с ССР вырабатываются определенные механизмы, защищающие от болезненного осознания крушений идеалов. Некоторые из них (как правило, старше 35 лет) идеализируют прошлую жизнь с ее системой отношений. Это предопределяет уход от решения проблем сегодняшнего дня. Другие начинают отрицать какие-либо жизненные ценности и ориентиры. Таких лиц можно охарактеризовать как "живущих одним днем", они пассивно "дрейфуют" по жизни, не имея никаких целей и планов. Наконец, у третьей группы защитный механизм выражается в замене реальных проблем социально-психологического плана чрезмерной заботой о своем здоровье ("уход в болезнь"), повышенным интересом к магическому объяснению происходящих событий (вера в астрологию, гадание, ясновидение, экстросенсорику и т. д.).



Критерии диагностики ССР

Условия и особенности субъективных переживаний:

- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
- смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность социального положения.

Основные причины возникновения и динамики ССР:

- макросоциальные общегрупповые психогении;
- социально-стрессорные обстоятельства, носящие хронический, растянутый во времени характер и определяющие компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;
- ухудшение соматического здоровья;
- усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений вследствие ухудшения экологической обстановки.

Особенности поведения и внешних проявлений:

- заострение личностно-типологических черт;
- развитие гипо- и гиперстении, панических реакций, депрессивных, истерических и других нарушений;
- неспособность к "пластичному общению" и приспособлению к происходящему;
- появление цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

Основные клинические проявления ССР:

- вегетативные дисфункции;
- нарушение ночного сна;
- астенические расстройства;
- истерические расстройства;



- панические расстройства;
- другие невротические и психопатические нарушения.

Все психические расстройства, наблюдаемые при ССР, обусловлены общими механизмами развития состояния психической дезадаптации.

Основные варианты ССР

1. Непатологические (психофизиологические) предболезненные реакции проявляются:

- эмоциональной напряженностью;
- декомпенсацией личностных акцентуаций;
- вегетативными дисфункциями;
- гипо- или гиперстенией;
- инсомнией.

Указанные проявления носят преходящий характер и непосредственно связаны с реакцией на социально-стрессовые обстоятельства.

2. Психогенные реакции включают невротические расстройства с преобладанием:

- неврастении;
- депрессии;
- истерии;
- других расстройств.

Клиническое проявление реакции возникает под влиянием индивидуально значимого, конкретного обстоятельства, но готовность к реакции определяется социально изменившимся фоном.

3. Невротические состояния (неврозы) характеризуются преобладанием:

- депрессии;
- тревожно-фобических расстройств;
- сенестоипохондрии;
- других расстройств.

Хронизация невротических расстройств при неразрешении вызвавших их социально обусловленных причин ведет к:

- патохарактерологическому развитию личности;



- психосоматическим расстройствам;
- алкоголизму, токсикомании, наркомании.

4. Острые аффективно-шоковые реакции на стресс, протекающие с двигательным возбуждением, сопровождаются:

- моторной заторможенностью;
- бредом;
- псевдодеменцией;
- другими расстройствами.

В группу ССР могут быть отнесены, с известной долей условности, и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), в происхождении которых основное место занимают общегрупповые социально обусловленные стрессогенные ситуации.

В целом ССР принципиально не отличаются от других нарушений невротического уровня, наблюдаемых в обычных и экстремальных условиях, однако они обусловлены общими причинами и развиваются одновременно у большого числа людей. Их выделение в МКБ-10 в разделе F4 "Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства" в качестве особой по происхождению и течению группы расстройств невротического уровня может способствовать разработке организационных и социально-психологических, профилактических и лечебных мероприятий.

Особенности проявления ССР зависят не только от конкретных стрессорных реакций, актуальных для большинства групп населения, но и от субкультурального своеобразия популяции, определяющего специфику поведения и привычек. Знание национальных традиций и культуры помогает предвидеть и вовремя купировать "невротизацию общества" и, наоборот, их недоучет может привести к непредсказуемым последствиям развития ССР. Развитие стрессорных реакций зависит от многих национальных особенностей, в том числе и от преобладающего типа "мотивации нации". Голландский исследователь Хофстид (1989) выделил четыре типа мотиваций, характерных для разных популяций. Первую группу составили североамериканцы, австралийцы, британцы и ирландцы, которые



"мотивированы на достижение". Для них наибольшую роль играют деньги. Это определяет стремление к богатству, которое двигает человеком, заставляя рационально и, по возможности, точно рассчитывать свои шаги, чтобы быть лидером в большом и малом бизнесе. Во вторую группу входят граждане Австрии, Бельгии, Италии, Греции, Японии, ориентированные на "защитную мотивацию". Они ценят, прежде всего, стабильность и традиции, стремятся создать "свой мирок", в который никто бы не вмешивался. Третья группа отличается "социальной мотивацией". Она характерна для жителей Югославии, Испании, Бразилии, Чили, Израиля, Турции, России. Особенностью жизнедеятельности в этой группе является "уравнительный подход" — люди, хотя и настроены на улучшение качества жизни, но считают, что "лучше ничего не менять, чтобы не стало хуже". В четвертую группу Хофстид включил жителей стран Скандинавии, также отличающихся социальной мотивацией, но постоянно нацеленной на улучшение качества жизни (в отличие от третьей группы). Ломка "мотивации нации", как и изменение моральных и религиозных устоев, носит достаточно пролонгированный характер, сопровождающийся повышенным риском развития ССР.

Промышленная психиатрия

Промышленная психиатрия представляет собой раздел социальной психиатрии и изучает особенности психического здоровья у работающих в промышленности.

Особое внимание психиатров к данной социально-профессиональной группе населения обусловлено рядом причин. Во-первых, работники промышленных предприятий в любой экономически развитой стране составляют основную часть трудоспособного населения. Состояние их психического здоровья, с одной стороны, во многом определяет состояние психического здоровья нации в целом, с другой — опосредованно влияет на экономические показатели деятельности предприятий.



Поэтому психическое здоровье работающих можно рассматривать как важную составную часть производительной силы общества. Во-вторых, в силу особенностей труда на производстве, физических и психических перегрузок, влияния неблагоприятных экологических факторов, работники промышленности составляют группу повышенного риска развития нарушений психического здоровья.

Основными задачами промышленной психиатрии являются:

- изучение влияния на психическое здоровье, факторов производственной и социально-бытовой среды;
- изучение распространенности, условий формирования, клинической структуры и динамики психических расстройств у работающих в промышленности;
- изучение трудовой адаптации работников промышленности, страдающих психическими расстройствами;
- разработка методов амбулаторной терапии и реабилитации больных психическими расстройствами в условиях промышленного производства;
- разработка методов профилактики психических расстройств и программ охраны и укрепления психического здоровья работников промышленности;
- разработка организационных моделей психопрофилактических служб на промышленных предприятиях.

Распространенность психических расстройств

Исследованиям распространенности психических расстройств посвящено наибольшее количество работ в промышленной психиатрии. Это обусловлено тем, что планирование объема и характера психиатрической помощи на производстве зависит, в первую очередь, от уровня психического здоровья промышленной субпопуляции. Распространенность психических расстройств позволяет установить метод сплошного психопрофилактического обследования определенной промышленной субпопуляции.

В конце 80-х — начале 90-х годов в стране был проведен ряд крупномасштабных исследований распространенности пси-



хических расстройств у работников различных отраслей промышленности. При этом особое внимание психиатров привлекали предприятия химической (как наиболее опасной в экологическом отношении) и машиностроительной (как наиболее представительной и обладающей максимальным спектром профессий) отраслей. У работников химической промышленности распространенность психических расстройств очень велика, тогда как у работников лесопромышленного комплекса этот показатель был существенно меньше.

Значительно реже предметом исследований психиатров становились клиническая структура и особенности клинических проявлений психических расстройств у работающих в промышленности. Согласно данным сплошного клинико-эпидемиологического обследования работников крупного машиностроительного предприятия (Положий, 1985), в структуре психических расстройств преобладали нарушения непсихотического регистра — 153,3 на 1000 работающих. Доля психотических заболеваний составляла 35 на 1000 работающих. Наиболее распространены неврозы (66 на 1000) и непсихотические расстройства органической природы (62 на 1000). В значительно меньшей степени распространены соматогенно обусловленные расстройства, шизофрения, экзогенно-органические расстройства с психотической симптоматикой. Доля других заболеваний (эпилепсия, олигофрения, психопатии и др.) еще ниже. Приведенные данные согласуются с результатами других исследователей о преобладании в структуре психических нарушений у работников промышленности неврозов (Беляева, 1987; Акерман, 1987; Уманский, 1991) и органических психических расстройств (Запускалов, 1986; Балашов, 1993).

Единственным вариантом так называемых "промышленных форм" служат органические психические расстройства у работающих отдельных "вредных" отраслей промышленности. В этих случаях характер клинических проявлений, очевидно, зависит от патогенного (физического или химического) фактора, вызывающего органическое поражение головного мозга.



В клинической картине органического расстройства, обусловленного действием полей СВЧ, доминируют астения, анергическая депрессия, обсессии, фобии. Постоянная работа в условиях темноты (фабрика фотоленки) приводит к формированию депривационного синдрома, а расстройства, обусловленные шумом и вибрацией, чаще проявляются интеллектуально-мнестическими нарушениями и характерологическими расстройствами возбуждимого типа.

Факторы риска развития психических расстройств

Выявление факторов, способствующих возникновению психических расстройств — одна из наиболее трудновыполнимых задач психиатрии. Это объясняется тем, что результаты клинико-эпидемиологических исследований, в большинстве своем, показывают не непосредственные причины развития заболеваний, а частоту встречаемости тех или иных факторов, имевших место в анамнезе или на момент диагностики заболеваний.

В первую очередь, следует подчеркнуть многообразие этих факторов и комплексный механизм их воздействия на психическое здоровье работающих. Традиционно выделяют преморбидные, биологические, социально-бытовые, психологические и производственные факторы. При этом ведущая роль в возникновении и развитии психических расстройств у работающих в промышленности отводится именно производственным (специфическим для данной субпопуляции) факторам. В частности, А. А. Чуркин (1989) указывает, что степень влияния наиболее значимых производственных факторов в 1,5 раза выше, чем биологических, в 2,3 раза — чем социально-психологических и в 6,7 раза — чем материально-бытовых факторов.

Роль преморбидных (наследственность, индивидуально-типологические особенности личности, соматическая или неврологическая отягощенность и т.д.) и социально-бытовых (жилищные условия, семейное положение, характер взаимоотношений в семье и т. д.) факторов в развитии психических



нарушений у работников промышленности ничем не отличается от таковой в общей популяции.

В контексте задач промышленной психиатрии особого внимания заслуживают специфические факторы производственной среды. Все производственные факторы можно разделить на две группы: *микросоциальные* и *экологически патогенные*.

Микросоциальные факторы отражают особенности профессиональной сферы жизни работников промышленности, т. е. условия и организацию труда, а также характер межличностных отношений в производственной деятельности. К числу таких факторов можно отнести неудовлетворительную организацию производственных процессов, проявляющуюся отсутствием должной ритмичности в работе предприятий, резким повышением производственных нагрузок в те или иные календарные периоды, сверхурочной работой в выходные дни или после окончания смены. Такие систематические перегрузки ломают сложившийся стереотип работы, вызывают астенизацию организма, ослабляют адаптационный и компенсаторный барьеры психической деятельности, что неблагоприятно влияет на психическое здоровье работающих и может способствовать возникновению у них пограничных психических расстройств.

К этой же группе факторов относятся эмоциональная напряженность, повышенная мера ответственности за результаты своей деятельности, информационная перегруженность, т. е. те воздействия, которые Г. К. Ушаков (1978) объединил термином "гиперпсихия", отводя ей ведущее место в формировании пограничных психических расстройств. Влияние данной группы факторов прослеживается у лиц определенных профессий, например операторов производственных процессов, инженерно-технических работников, руководителей предприятий. Монотонность труда также может расцениваться как потенциально психопатогенный фактор при наличии конвейерного производства. У работающих на конвейере наблюдается более высокая распространенность психических расстройств.

Нарушения в сфере межличностных контактов чаще всего возникают в бригадах или иных подразделениях предприятий,



отличающихся неблагоприятным психологическим микроклиматом. В таких микроколлективах преобладают формальные взаимоотношения на фоне неумелого руководства. Сложности в процессе работы вызывают обилие взаимных претензий, личную неприязнь между отдельными членами коллектива или между руководителем и подчиненными. В итоге, в подобных производственных подразделениях формируется обстановка психологической напряженности, что сопровождается снижением производственных показателей, повышенной текучестью кадров и, в свою очередь, еще более обостряет психологическую обстановку. В этих случаях конфликтные ситуации либо играют самостоятельную роль психотравмирующих факторов, либо приводят к развитию психических расстройств при дополнительном воздействии психогенных вредностей.

Следует особо отметить, что в настоящее время, в период проведения радикальных и сложно протекающих социально-экономических реформ, круг потенциальных психогенных микросоциальных факторов значительно расширился. К ним можно отнести и материальное неблагополучие, обусловленное низким уровнем и систематическими невыплатами заработной платы, и частичную или полную остановку многих предприятий, повлекшую за собой потерю работы или необходимость смены вида профессиональной деятельности, и утрату престижа рабочих и инженерных профессий, и, наконец, осознание ими в ряде случаев, собственной профессиональной несостоятельности, неготовности работать в новых экономических условиях.

В целом приведенные данные свидетельствуют о сложности и многомерности проблемы влияния разнообразных микросоциальных факторов производственной среды на психическое здоровье работающих. Большинство из них действуют не изолированно, а в сложных комбинациях, опосредованных через сферу межличностных отношений.

Экологически патогенные факторы представляют собой непосредственно связанные с производственной деятельностью экзогенные (химические, физические, радиационные и др.)



вредности. Синонимами этого понятия служат термины: профессиональные вредности, промышленные интоксикации, промышленные яды. Изучением их влияния на организм занимается профессиональная патология, а применительно к воздействию на психику человека — промышленная психиатрия.

Крупномасштабные исследования А. Б. Александровского (1936), И. Г. Равкина (1948), Р. Г. Голодец (1950), А. А. Портнова (1956) и ряда других ученых, описавших психические расстройства у рабочих вследствие непосредственного воздействия марганца, ртути, свинца, серы и других агрессивных химических веществ, остаются актуальными и в настоящее время. Из исследований последних лет обращают на себя внимание работы И. В. Боева (1990), изучавшего влияние сложных химических неорганических и органических композиций на психическое здоровье работников крупного химического комбината. Согласно его данным, частота психических расстройств у работающих на данном производстве в 1,5–2 раза выше, чем у лиц, занятых на обычных предприятиях. На развитие психических расстройств влияют физико-химическая структура композиций (в частности, показана особая патогенность кадмий-содержащих соединений), степень непосредственного контакта с профвредностями, стаж работы в экопатогенных условиях.

Влияние химически вредных веществ приводит к постепенному развитию органического поражения головного мозга, ведущего сначала к невротоподобным (астеническим, фобическим, субдепрессивным, истероипохондрическим) расстройствам, а затем к формированию психоорганического синдрома.

Ю.А. Александровским (1993) высказана гипотеза о механизме воздействия экологически патогенных вредностей. Согласно ей, химические соединения инициируют перекисное окисление липидов мембран гепатоцитов печени, что вызывает цитолиз и гибель клеток. В результате формируется так называемый гепатоцеребральный синдром, подразумевающий развитие органического поражения мозга за счет снижения детоксикационной функции печени.



Производственные вредности физического характера (шум, темнота, вибрация, поля СВЧ) имеют два механизма воздействия на психику: собственно физическое (повреждающее) и информационное (психологически значимое). При этом в действии шума и вибрации принимают участие оба этих компонента, влияние темноты определяется преимущественно информационно-психологическим компонентом, а поля СВЧ действуют лишь на собственно физическом уровне (Яхин, 1991).

Таким образом, обобщая сведения о распространенности психических расстройств у работников промышленности и факторах риска, можно выделить группы лиц, более подверженных нарушениям психического здоровья. К ним относятся лица в возрасте 41–50 лет (в основном женщины), работники с высоким образовательным и квалификационным статусом, занятые в конвейерном производстве, подвергающиеся профессиональным вредностям, высокой эмоциональной напряженности и ответственности, руководители предприятий.

Транскультуральная психиатрия

Транскультуральная психиатрия представляет собой раздел социальной психиатрии и проводит **сравнительное изучение психического здоровья в различных обществах, нациях и культурах.**

Основоположником транскультуральной психиатрии по праву считается Э. Крепелин, исследовавший психические заболевания в этнически разнородных группах населения острова Явы. Это дало ему повод выдвинуть термин "сравнительная психиатрия" (1904). Э. Крепелин полагал, что исследования в данной области смогут пролить свет на целый ряд проблем этиологии и патогенеза психозов. В силу ориентации на сугубо органическое понимание природы психических болезней и неприятия психологических причин Крепелин видел в сравнительной психиатрии лишь инструмент для изучения биологических механизмов психических нарушений, оставляя без



внимания социокультуральные аспекты. Однако это никоим образом не умаляет его выдающейся роли как основоположника культуральной психиатрии.

Современное понимание значения этноса в психиатрии как культурального фактора связано с работами представителей психоаналитической школы — З. Фрейда, К. Абрахама, О. Ранка. Огромное значение имели выдвинутые К.-Г. Юнгом понятия "архетипа" и "коллективного бессознательного", которые обозначают особую форму существования коллективного опыта человечества и обуславливают как структурирование личности, так и особенности формирования психических нарушений в разных культурах. Позднее американский антрополог Р. Бенедикт показала, что каждая культура обладает своего рода идеологической структурой — "этносом культуры", который определяет духовное и интеллектуальное развитие человека, а также и его нарушения. Дальнейший импульс идеи культуральной психиатрии получили в трудах Э. Фромма, Г. Салливана, К. Хорни, рассматривавших психическое здоровье и психические заболевания в их непосредственной связи с этносоциокультуральной средой.

С позиций сегодняшних научных представлений, уровень психического здоровья человека зависит от множества культуральных факторов: исторических особенностей существования конкретной нации, доминирующих в ней религиозных убеждений, системы отношений в первичной культурной группе — семье, национальных обычаев, традиций, ритуалов, ценностных ориентаций. Все эти факторы определяют культуральное своеобразие народа. Этнический менталитет, изменяясь в ходе исторического развития социальных преобразований, сохраняет, вместе с тем, некую основу, возможно, как необходимое условие сохранения конкретного этноса.

Таким образом, этнокультуральное своеобразие определяет коллективную психологию каждого народа и отражается в индивидуальной психологии его представителей. Столь же важную роль играют этнокультуральные факторы в психиатрии. По этому поводу очень убедительно высказалась К. Хорни: "Можно легко поставить диагноз перелома бедра, не зная на-



циональности пациента. Но поставить диагноз какого бы то ни было психического расстройства, не зная национальной принадлежности пациента, было бы большой неосторожностью и, скорее всего, ошибкой". Существует достаточно примеров, подтверждающих правильность данного тезиса. Как с клинических позиций оценить психическое состояние человека, регулярно беседующего с душами своих давно умерших родственников? Если речь идет о представителе современной европейской цивилизации, то подозрение о наличии признаков психических нарушений будет вполне обоснованным. Если же это касается представителей некоторых африканских народов, то вывод о наличии психического заболевания будет, скорее всего, ошибочным, поскольку в их культуре "собеседование" с душами умерших — общепринятый национальный ритуал и, следовательно, абсолютно нормативный акт поведения.

Другой классический пример, имеющий место и в культуре ряда народов России — это так называемое камлание шаманов. Ортодоксально и этноцентрически мыслящий психиатр скорее всего расценит этот феномен как психопатологический, обнаружив в нем признаки истерического расстройства сознания с психомоторным возбуждением, галлюцинациями, стереотипиями. Однако знание культуральных особенностей некоторых северных и восточных народов, в частности якутов, бурят, показывает, что камлание — это веками выработавшийся ритуал, которому длительно и целенаправленно обучаются, а лежащее в его основе измененное состояние сознания вызывается и управляется самим шаманом, т.е. находится под его психическим контролем. К этому следует добавить, что само понятие "сознание" в разных культурах несет в себе совершенно различные, а зачастую и несопоставимые понятия и представления. Так, по свидетельству Б. В. Семичова (1976), в буддизме насчитывается в общей сложности 121 вид сознания, причем его категорийный аппарат не имеет ничего общего с соответствующим европейским.

Приведенные примеры характеризуют так называемое "горизонтальное пространство" культуральной психиатрии, т.е.



сопоставление психического здоровья и психических расстройств в изначально различных культурах и этносах. Наряду с этим существует и "вертикальное пространство", подразумевающее различия в состоянии психического здоровья у одного и того же этноса в разные временные периоды его существования. Для обоснования этого тезиса можно обратиться к более известной нам европейской культуре. Во времена средневековья, наполненного мистическими воззрениями и суевериями, убеждения людей в реальности существования ведьм, колдовства, порчи, нечистой силы, в подавляющем большинстве случаев, были культуральными особенностями того исторического периода, а не симптомами какого-либо психического заболевания.

Таким образом, можно сформулировать два базисных принципа культуральной психиатрии.

1. Любые психические расстройства следует оценивать только с учетом позиций того общества и той культуры, в которых они встречаются.

2. Оценка психических расстройств в рамках одной и той же культуры должна производиться с учетом конкретного исторического отрезка времени ее существования.

Выше уже приводились примеры, касающиеся неоднозначной оценки таких, казалось бы, безусловно патологических проявлений, как измененные состояния сознания, аутизм, галлюцинации. Добавим к ним умственную отсталость – болезненное состояние, без труда диагностируемое специалистами. В. Б. Миневич (1995) описал весьма поучительное наблюдение по этому поводу. В одной из северных республик России при массовом профилактическом обследовании детей коренной национальности было выявлено аномально высокое число олигофренов, причем дети обследовались квалифицированными специалистами по современным методикам. Этот факт не мог не встревожить, и лишь повторное обследование с привлечением специалистов, хорошо знающих национальный язык, традиции, особенности мышления данного народа, показало неадекватность ориентированных на европейское мышление



методик и позволило опровергнуть значительную часть ошибочных диагнозов.

Приведенные факты и рассуждения не снимают вполне резонного вопроса: как же быть с устоявшимися клиническими понятиями, концепциями, диагностическими критериями, классификациями психических расстройств? Ответ может быть только один: они, безусловно, необходимы, поскольку позволяют психиатрам разных стран находить общий язык. Например, последняя Международная классификация болезней 10-го пересмотра достаточно корректна, обоснованна и отвечает практическим потребностям психиатров мира. Вместе с тем не следует забывать, что любая классификация — это лишь согласованное мнение специалистов, достигнутое путем дискуссий и компромиссов и отражающее сегодняшние знания и представления о психиатрии. В этой связи совершенно справедливо звучит предостережение авторов новой американской классификации DSM-IV о том, что она "не должна использоваться как поваренная книга: диагностические критерии — это не компоненты кулинарной рецептуры, а опорные ориентиры, требующие осмысленного применения". Позволим себе добавить: и этнокультурально осмысленного применения. Таким образом, нетрудно прийти к заключению, что клиническая психиатрия — это всегда культуральная психиатрия.

Еще один важный аспект проблемы: каково соотношение биологического и социального подходов в генезе психической патологии? Каковы роль и место биологических факторов в системе транскультуральной психиатрии? Наиболее убедительный ответ на эти вопросы дает социобиологическая концепция E.D. Wilson (1975), согласно которой генетическая и культуральная эволюция неразрывно связаны между собой. При этом этнические особенности поведения (как физиологические, так и патологические) определяются в равной степени нейробиологическими характеристиками и социокультуральными условиями. Как указывает L. B. Lawson (1986), несмотря на то, что в нейробиологии этнический фактор чаще либо игнорировался, либо служил неправомерным доказательством превосходства



одной из рас, его реальная роль очевидна. В частности, экспериментально доказана расовая принадлежность ряда маркеров психических заболеваний (креатинфосфатазы, серотонина, алкогольдегидрогеназы, HLA-A2).

Признание культуральной парадигмы в современной клинической психиатрии заметно повысило исследовательский интерес к сравнительному изучению психического здоровья в различных нациях. Направления этнокультуральных исследований последнего времени можно условно сгруппировать в три блока: сравнительное изучение распространенности психических расстройств у различных народов; изучение особенностей клинических проявлений психических нарушений в разных этнокультуральных группах; разработка культуральных подходов к терапии и профилактике психических заболеваний.

Этнокультуральные особенности психических расстройств

Базисом современной транскультуральной психиатрии служит сравнительное изучение распространенности психических расстройств в различных странах, регионах и этносах. Несмотря на сложность используемых подходов, получено множество интересных фактов, способствующих развитию современной психиатрии, расширению горизонтов понимания нормы и патологии, выяснению особенностей возникновения и течения психических болезней.

Традиционные пути предполагают либо проведение исследований на репрезентативных группах населения этнического большинства и меньшинства, либо сопоставление данных по этнически малой группе с официальными показателями ВОЗ. В анализ включаются разнообразные факторы, оказывающие влияние на психическое здоровье исследуемых контингентов, в том числе расовые и этнокультуральные. Так, Р. Н. Rach (1988) показал, что в Англии, с ее неприятием миграции, уровень психического здоровья проживающих в стране мигрантов из стран Азии и Африки более низкий, чем у коренных жителей, что проявляется развитием различных патологичес-



ких форм поведения (в том числе агрессивного) по отношению к новой для них западной культуре. Следующие (родившиеся уже в Англии) поколения в меньшей степени подвержены интеллектуальным и эмоциональным расстройствам. На материале более 26 тыс. наблюдений в Лос-Анджелесе (США) J. Flasherud (1992) обнаружил связь между этнической принадлежностью и психиатрическим диагнозом. Наиболее часто психические нарушения встречались у американцев мексиканского происхождения. У чернокожего населения и выходцев из Азии психические нарушения развивались реже, по сравнению с первыми, но чаще, чем у белых американцев. У белых и выходцев из Азии в большей степени встречались аффективные расстройства, а у чернокожих и азиатов – шизофрения, тогда как у латиноамериканцев они регистрировалась реже всего. Сходные результаты получены M. King (1995) при сравнении распространенности психических расстройств в группах этнических меньшинств и коренного населения Англии – среди первых заболеваемость шизофренией и психозами была выше, однако ремиссии наступали быстрее и были более продолжительными.

В России транскультуральные исследования проводились достаточно редко. На сегодняшний день большинство из них посвящено сравнению распространенности психических расстройств в различных национальных образованиях страны.

В. Б. Миневич (1994), анализируя заболеваемость психическими расстройствами представителей некоторых восточных этносов России, выявил, что у бурят распространенность шизофрении и олигофрении в сельской местности выше, чем в городской и чем у русского большинства.

Исследование распространенности психических расстройств в Республике Коми позволило установить, что показатель психической заболеваемости в коренной (финно-угорской) группе населения (185 на 10 000) превышает таковой в славянской этнической группе (115,9 на 10 000). При этом наибольшее различия характерны для расстройств психотического регистра и олигофрении (Положий, Осетров, 1998).



Влияние этнокультуральных факторов на распространенность психических нарушений патологии прослеживается и у такой специфической категории населения, как осужденные. В США D. Anderson, D. Parrot (1991) установили, что в 80 % случаев психические расстройства возникали у лиц афрокарибского происхождения. При этом преобладающим был диагноз параноидной шизофрении.

Е. Г. Кокарев (1997), по материалам судебно-психиатрической экспертизы в Республике Коми, показал, что число психически больных, совершивших общественно опасные деяния, наиболее велико в субпопуляции коми (13,6 на 10 000 населения). У русских этот показатель был почти в 2 раза ниже (7 на 10 000). Среди совершивших ООД больных коми-национальности наиболее часто встречались лица, страдающие приступообразной формой шизофрении, с яркими галлюцинаторными и бредовыми переживаниями, медленным нарастанием дефицитарных расстройств.

По мнению R. Scheffler (1989), данные о потребностях в психиатрической помощи также весьма информативны. L. Snowden с соавт. (1990), изучая показатели частоты госпитализаций в психиатрические стационары США, свидетельствуют о существовании определенных межэтнических различий. В частности, чернокожее население и белые американцы госпитализируются чаще выходцев из Азии. Чернокожие чаще поступают с диагнозом шизофрения, а белые американцы — по поводу аффективных расстройств. В лондонские больницы чаще других госпитализировались мужчины из Западной Индии, Пакистана, женщины из Индии, Ирландии, Западно-Африканского содружества, несколько реже — женщины из Восточной Африки (Glower, 1991).

Несмотря на большое количество транскультуральных исследований, среди психиатров не сформировалось единого мнения об этнических особенностях распространенности шизофрении и других эндогенных психозов. По мнению H. Collomb (1959, 1964), шизофрения неизвестна там, где нет влияния



западной культуры, что позволяет считать это заболевание спутником индустриального общества.

Авторы совершенно противоположной точки зрения считают, что шизофрения в различных этнокультуральных группах меняет лишь особенности клинических проявлений, сохраняя при этом фундаментальное сходство. По данным С. Ю. Циркина (1994), в развитых странах шизофрения проявляется чаще аффективными нарушениями, бредовыми идеями, а в развивающихся странах — чаще сопровождается галлюцинаторным синдромом. Если говорить о клинических формах заболевания, то в развитых странах чаще встречаются простая, гебефреническая, параноидная, шизоаффективная, а в развивающихся — кататоническая и острые шизофренические эпизоды. Автором также установлено, что в развивающихся странах острое начало шизофрении наблюдается в 4 раза чаще, чем в развитых. В свою очередь, длительность первого психотического эпизода в развитых странах почти в 2 раза больше, чем в развивающихся.

При этнокультуральном анализе шизофрении следует учитывать неодинаковые подходы к диагностике данного заболевания. Если облигатная симптоматика квалифицируется во всем мире практически одинаково, то отдельные (факультативные) проявления болезни — по-разному. Например, агрессивное поведение весьма часто выявляется у больных шизофренией в западноевропейских странах, Японии, но крайне редко описывается в аналогических группах больных в Кении, на Западной Яве. Скорее всего, данное различие связано с тем, как общество расценивает агрессию в соответствии с культуральными нормами.

Отечественные этнокультуральные исследования шизофрении также демонстрируют отсутствие единых позиций и мнений. Так, Л. Д. Рахмазова и И. А. Артемьев (1996) обнаружили, что в Республике Тыва распространенность шизофрении среди тывинцев на 50 % выше, чем у русских, причем у тывинцев в 2 раза чаще встречались приступообразные формы и в 3 раза — шизофренические эпизоды. Р. С. Тазлова (1997) отметила более высокую заболеваемость шизофренией в Якутии,



по сравнению с Бурятией (преимущественно за счет шубообразной формы). А. В. Терентьев и Л. М. Анашкина (1997), исследуя в Республике Коми больных шизофренией из русской и коми-этнических субпопуляций, нашли различия между ними. Этническая группа русских характеризовалась большей частотой ранних дебютов шизофрении, по сравнению с Коми (26,9 % против 18,3 % случаев), приступообразными формами течения процесса (21,9 % и 17,5 % соответственно), меньшей долей инвалидов (61,3 % и 71,5 % соответственно). По клиническому течению у коми чаще отмечались параноидная и злокачественная формы болезни (72,5 % и 4 % против 67 % и 1,9 % случаев в русской группе). Ведущим синдромом в обеих этнических группах был аффективно-бредовый или аффективно-галлюцинаторный.

Несмотря на высокую распространенность аффективных состояний во всем мире, этнокультуральные аспекты их эпидемиологии исследованы недостаточно. Главную роль в генезе и патоморфозе маниакально-депрессивного и других аффективных психозов психиатры традиционно отводят биологическим (генетическим, биохимическим и т.д.) и преморбидно-личностным (психологическим, социально-психологическим и т.д.) факторам. Тем не менее, имеющиеся данные литературы говорят о существовании этнической связи с особенностями клинической картины и течения болезни. Так, С. Shaw (1995) обнаружил у живущих в Англии выходцев из Азии своеобразное сочетание депрессивных проявлений с гастроэнтерологическими симптомами. В сравнении с английской популяцией, эти расстройства выявлялись достоверно чаще, хотя и были менее тяжелыми. М. Weiser (1988) на популяции беженцев из Юго-Восточной Азии (Лаоса, Вьетнама), живущих в Канаде, продемонстрировал учащение эпизодов депрессии, особенно при нарушении социальной адаптации. С течением времени депрессивные эпизоды возникали реже.

Эти результаты подтверждаются и отечественными исследованиями. В. Ю. Кочуров (1997), используя материалы Удмуртской Республиканской психиатрической больницы,



обнаружил корреляцию между особенностями клинической картины и социокультуральными характеристиками больных. Так, у удмуртов депрессивные состояния чаще регистрировались у женщин. Для русских и татар взаимосвязи по этим признакам не обнаружено. У представителей удмуртской группы и у татар, соблюдающих национальные традиции и обряды, депрессивные эпизоды были менее выраженными. У русских эти признаки не были взаимосвязаны. У удмуртов и русских затяжные депрессии были более характерны для лиц молодого возраста, а у татар такой взаимосвязи не выявлено.

Особого внимания заслуживает проблема суицидов, также имеющая этническую окраску. J. Merrill (1988) описал большую частоту суицидов (отравление ядами и токсичными лекарствами) в Англии у выходцев из Азии, преимущественно женщин, по сравнению с основным населением страны. T. Maniam (1989) выявил высокую долю суицидов среди индийского населения Малайзии и связал его с особенностями проживания этой этнической группы.

Частота завершенных самоубийств — один из наиболее объективных и достоверных индикаторов психического здоровья населения и социальной ситуации в обществе. Суицид как крайняя степень психической дезадаптации личности регистрируется практически в 100 % случаев, в отличие от зачастую нераспознанных и неучтенных иных форм психической дезадаптации (невротические, стрессовые, психосоматические расстройства и т. д.). Причины развития суицидального поведения многообразны и комплексны. Среди них можно выделить биологические (наличие хронических психических заболеваний, психопатологически отягощенной наследственности), личностно-психологические (низкая стрессоустойчивость, повышающая риск развития суицидального поведения в неблагоприятных жизненных ситуациях), социальные (факторы, вызывающие фрустрацию, страх, отчаяние и снижающие уровень и качество жизни человека), этнокультуральные (связанные с особенностями национальной психологии, традициями, моралью, религиозным отношением к самоубийству).



В России, по данным Государственной статистической отчетности, частота самоубийств возросла за период с 1991 по 1995 г. с 31 до 46 случаев на 100 000 населения в год, что вывело нашу страну на одно из первых мест в мире по распространенности суицидов. Не вызывает сомнений, что этот рост в значительной степени связан с социальным неблагополучием в обществе и отражает негативные стороны сложно протекающего переходного периода развития страны. Вместе с тем показатели частоты суицидов по отдельным регионам страны существенно различались. Чтобы объяснить данный феномен, мы обратились к этнокультуральному аспекту проблемы самоубийств. Так, распространенность самоубийств в Коми равна 56, а в Удмуртии — 77 на 100 000 населения. Коренное население обеих республик (удмурты и коми) составляют представители финно-угорской этнической группы. Из литературы известно, что финно-угорские страны (Венгрия, Финляндия, Эстония) традиционно отличаются высокими показателями частоты самоубийств. Проведенный нами анализ подтвердил эту тенденцию. Распространенность самоубийств в Удмуртии среди финно-угров — 113 на 100 000 населения, а среди славян — 62 на 100 000. Таким образом, разница составила 1,8 раза. Распространенность суицидов в Республике Коми среди финно-угров была 95 на 100 000, а среди славян — 41,5 на 100 000 (разница в 2,3 раза).

Таким образом, профилактика суицидального поведения должна непременно учитывать этнический состав населения. Особое внимание следует уделять финно-угорским народам, отличающимся большим риском суицидального реагирования в сложных социальных условиях. Такая повышенная суицидальная готовность в определенной степени связана с особенностями культуры (терпимое отношение к самоубийству как выходу из сложной жизненной ситуации), повышенным уровнем сенситивности и ранимости этих народов (данные психологических исследований удмуртских психологов) и, как следствие, недостаточной стрессоустойчивостью в периоды жизненных или социально-экономических кризисов.



Эта гипотеза согласуется с имеющейся в мировой литературе точкой зрения о том, что у культур с высоким уровнем внутренней агрессии выраженный социальный стресс усиливает аутоагрессивную ориентацию, характеризующуюся развитием суицидального поведения.

Исследования этнокультуральных особенностей распространения пограничных психических расстройств не многочисленны и чаще касаются панических атак и социальных фобий. О связи данных нарушений с этническими характеристиками упоминают M. Weissman (1995) и W. Tseng (1992), выявившие более высокий уровень социофобий в США, чем на Тайване. J. Lerine (1995) нашел различие в уровнях распространенности этих заболеваний в Корее и во Франции (0,55 % и 4,12 % соответственно). В целом в западных культурах среди психогенных расстройств преобладают неврозы, возникающие вследствие подавления влечений. В развивающихся, в частности африканских странах, чаще встречаются реакции страха, возбуждения, истерические расстройства.

В России Ю. Е. Пахомов (1995) установил более высокую заболеваемость алкоголизмом у якутов и других малочисленных народов севера Сибири, а И. Д. Муратова и П. И. Сидоров (1994) — у ненцев (север Европейской части России). Исследуя нервно-психические расстройства и алкоголизм у североазиатских и арктических монголоидов — коренных жителей Дальнего Востока, В. Б. Трусов с соавт. (1997) выявил большую частоту встречаемости наркотической зависимости у арктических монголоидов (чукчи, эскимосы), а также высокий уровень нервно-психических отклонений у представителей обеих групп (до 56,4 % всей популяции). При этом у мужчин в обеих группах преобладала алкогольная зависимость, у женщин — аффективные расстройства.

В настоящее время считается доказанным положение J. Ajiagiagnetta (1972) о ведущей роли культуральных факторов в клиническом оформлении психических расстройств. Достаточно распространена и точка зрения N. Kline (1966) о необходимости оценки форм психических отклонений с позиций того общества,



в котором они встречаются. Дальнейшие сравнительные исследования позволили увидеть, как этнокультуральные особенности, влияя на формирование психических расстройств, придают им специфическое содержательное значение и в значительной мере определяют характер клинических проявлений.

Так, А. Teggin A. (1985), сравнивая манифестации шизофрении у белых, чернокожих и латиноамериканцев, не получил различий в частоте клинических форм болезни, однако формирующиеся синдромы у чернокожих достоверно чаще включали в себя бред и галлюцинации, имеющие субкультуральную окраску. J. Yamamoto (1985) при исследовании депрессии у американцев и китайцев пришел к выводу, что у китайцев она чаще протекает с соматизацией. D. Naetei (1985) в исследованиях культуральных различных групп психически больных выявил у них наличие религиозной феноменологии. По мнению автора, она может быть обусловлена глубоко скрытыми культуральными факторами.

Касаясь других нозологических форм, можно упомянуть работы W. Tseng et al. (1990), продемонстрировавшего на примере выборки из Таиланда, Индонезии, Китая, Японии заметную роль этнического фактора в клинических проявлениях малых психических расстройств. J. Wilcox с соавт. (1991) пишет, что галлюцинации при посттравматических стрессовых расстройствах, связанных с боевыми действиями, чаще проявляются у латиноамериканцев.

О наличии клинических культуральных особенностей свидетельствуют и описанные рядом авторов так называемые культурально-специфические (по J. Devereux) синдромы, обнаруживаемые только у тех или иных этнических меньшинств. Такие состояния не укладываются в рамки традиционных для европейцев психических нарушений. С другой стороны, J. Krause (1990) приводит описания этнических групп, в чьей культуре отсутствует ряд очевидных для цивилизованных стран представлений о психических нарушениях, что, несомненно, затрудняет адекватную психиатрическую диагностику.

Отечественные этнопсихиатрические исследования весьма немногочисленны. В существующих исследованиях авторы



оценивают своеобразие клинического течения психических болезней у разных народов, проводя сравнение полученных результатов с русской популяцией. П. И. Сидоровым (1994) в Ненецком АО установлена эквивиальность и инвариантность течения практически всех тяжелых психических заболеваний у ненцев, по сравнению с русской популяцией, что, по мнению автора, требует создания "этнических парков" для снятия акультурационного стресса.

О. П. Вертоградова (1994), рассматривая транскультуральные особенности депрессий у больных Владикавказ (Северная Осетия) и жителей центральной России, выявила у осетин более высокую частоту идеомоторных компонентов депрессии, дисфорических расстройств, ваготонических симптомов, алекситимии, преобладание соматических составляющих. Кроме того, в осетинском языке отсутствуют понятия, эквивалентные русским — депрессии, тоски, пониженного настроения.

А. В. Голенков (1994) обнаружил, что в Чувашии, где преобладает коренное население (68 %), у чувашей при приступообразной шизофрении непрерывно нарастает степень тяжести приступов, бред чаще отражает местные суеверия, обычаи, религиозные верования, таким образом, культуральные особенности способствуют клиническому оформлению заболевания.

Сравнение клинической структуры пограничных психических расстройств (в рамках диагностических критериев МКБ-10) у славян и коми (Бендриковский, 1997) позволило также установить ряд различий. У коми чаще выявляются фобические расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция и расстройства зрелой личности (7,19 %, 1,8 % и 10,18 %, по сравнению с 4,27 %, 0,86 % и 7,26 % у славян), у больных славянской группы преобладают соматизированные и ипохондрические расстройства (2,14 % и 7,26 %, по сравнению с 0,6 % и 2,99 % у коми).

В. Я. Семке (1996), исследовавший состояние психического здоровья коренных жителей Сибири (селькупы, чукчи, ханты, манси и др.), установил, что многие общепризнанные критерии клинической психиатрии теряют в этих популяциях свои



нозографические значения. Это касается таких дефиниций, как "нервность", "раздражительность", "вспыльчивость", "навязчивость", неидентифицируемых лицами данных национальностей.

Таким образом, данные зарубежных и отечественных авторов, результаты наших собственных исследований подтверждают существенное влияние социокультуральных особенностей на формирование, клиническое течение и распространенность психических расстройств. Вместе с тем нельзя абсолютизировать роль этнокультурального фактора в психиатрии. Человек — существо биосоциальное, поэтому в развитии психических нарушений всегда имеет место сочетание биологических (генетических, молекулярных), индивидуально-личностных, социальных и этнокультуральных причин, тесно переплетенных между собой.

Знание этнокультуральных особенностей психических расстройств может помочь врачам-психиатрам, психотерапевтам и медицинским психологам повысить эффективность диагностики, лечения и профилактики психических заболеваний, снизить риск врачебных ошибок, улучшить взаимопонимание и контакты с больными и их родственниками, а руководителям психиатрических служб — выбрать основные стратегические направления деятельности психиатрических учреждений, рациональнее планировать работу по охране психического здоровья населения.