

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА С
НЕКОТОРЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
РАЗЛИЧНОЙ НОЗОЛОГИИ**

Сухарев А.В., Брюн Е.А.

Настоящая статья является дальнейшим исследованием применения антропологической и этнофункциональной методологии (9, 10, 11, 12, 13) в новом аспекте - изучении специфики героиновой наркомании и алкоголизма.

Отправной точкой в данном исследовании было проведенное нами ранее изучение связи отношения человека к различным интериоризированным* психикой человека феноменам культуры (в широком смысле (9) с показателями его индивидуальной адаптации (в данном случае - с нозологической отнесенностью психических расстройств депрессивного спектра (9,13).

Напомним, что этнические условия (параметры) процесса этногенеза**, результирующей которого является этнос или система этносов, можно разделить на три большие группы: социокультурные, климато-географические и расово-биологические (1,5). Связь отношений человека к основным элементам этих групп с показателями психической адаптации изучалась как в полевых, так и в клинических условиях (9).

Эти элементы включали национальную веру, язык, тип питания, морфотипические особенности человека, ландшафт, климат (9).

Все перечисленные выше признаки, также как и любые другие феномены культуры имеют этническую функцию - либо этнодифференцирующую, либо этноинтегрирующую (1). Этнофункциональное взаимодействие этих феноменов может происходить как во внешнем плане (средовом, социальном), так и во внутреннем (индивидуальном, психическом).

В данной работе мы попытались выявить этнофункциональные маркеры алкоголизма и героиновой наркомании.

На первом этапе исследования, проведенного ранее на контингенте коренного населения этноконтактной зоны Нижнеколымского района Якутии, мы изучали связь отношений индивидуумов к различным группам этнических параметров, в частности, с уровнем “плавающей” тревогой, а также “предметной” тревоги по отношению к различным группам этнических параметров (9,14).

На клиническом этапе были проведены две независимых исследования на двух группах взрослых испытуемых страдающих психическими расстройствами различного нозологического уровня в рамках неврозов, МДП и шизофрении с ведущими депрессивными синдромами по принятой в отечественной науке классификации (8,9,13).

Кроме того в клинике было проведено исследование в детском отделении для выявления связи отношений к различным этническим параметрам у детей с выраженной задержкой психического и интеллектуального развития и аффективными расстройствами уже на синдро-

мальном уровне, а также с уровнем интеллекта (как одним из важнейших показателей адаптации (13).

И на последнем, настоящем этапе исследования, изучалась связь отношений взрослых больных алкоголизмом и героиновой наркоманией к различным группам этнических параметров с соответствующими отношениями в других нозологических группах (у взрослых).

-
- интериоризация - термин, введенный французской социологической школой для обозначения переноса общественных представлений в сознание человека (7)

** Этногенез - термин, по Л.Н.Гумилеву означающий “весь процесс от момента возникновения до исчезновения этнической системы под влиянием энтропийного процесса потери пассионарности” (5).

Теория, методика, результаты и обсуждение результатов данного исследования у взрослых в экспериментально-полевых условиях (на донозологическом уровне), а также у взрослых и детей, страдающих аффективной патологией и задержкой психического и интеллектуального развития были опубликованы нами в предыдущих работах (9,13).

Эти исследования подтверждают актуальность психиатрической концепции разделения расстройств на эндогенные и психогенные и позволили выработать дополнительный критерий (маркер) для дифференциально-диагностического отличия эндогенных психических расстройств депрессивного спектра от психогенных.

Этим критерием является накопление этнофункциональных рассогласований содержания отношений человека ко всем группам этнических параметров: социо-культурным, расово-биологическим и климато-географическим (отношений к вопросам веры, языка и мировоззрения,

традиций; к типу питания, отношение к приоритетному антропоморфотипическому признаку - цвету глаз при перекрестно-половом выборе (в нашем исследовании статистическим признаком нарастания нозологического уровня психического расстройства связано с выбором более светлого, чем у самого индивидуума глаз). В детском возрасте, в частности, этнофункциональное рассогласование содержания отношений к ландшафту и климату является неблагоприятным признаком в плане степени выраженности аффективных расстройств на синдромальном уровне (13).

Ниже более подробно со ссылками на предыдущие исследования изложены сравнительные данные по изучению больных алкоголизмом, героиновой наркоманией и другими психическими расстройствами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ.

Всего было исследовано 28 больных героиновой наркоманией в течении не менее 1 года и 21 больной алкоголизмом в течении не менее 3-х лет. В каждой группе наблюдалось по 50% мужчин и женщин в возрасте от 21 до 47 лет. Исследование проводилось на клинической базе АО НИИ адаптации человека.

Больные исследовались в период после купирования у них абстинентного синдрома в клинических условиях (у больных героиновой наркоманией - не менее 10 дней после последнего употребления наркотика, а у больных алкоголизмом - не менее 6 дней после последнего употребления алкоголя).

В настоящем исследовании, как и в предыдущих (9,13) использовалась методика структурированного интервью, направленная на выявление

ние степени эмоциональной выраженности и содержания отношений человека к различным группам этнических параметров (9). В данном исследовании использовался вариант методики в форме клинического интервью (9,12).

Мы основывались на том, что, как показано в наших предыдущих исследованиях (9,12,13) отношение индивидуумов к группе климато-географических параметров является системообразующим с точки зрения адаптации их к внешней и собственной внутренней среде.

Рабочее понятие адаптации, в данном случае, мы определяем как приспособление структуры и функций психики индивида к условиям его внешней и внутренней среды. Здесь процессы адаптации направлены на достижение подвижного равновесного состояния системы путем противодействия внутренним и внешним факторам, нарушающим это равновесие. В индивидуальном плане показателем адаптации может являться психическое здоровье человека. Иначе говоря, человека с признаками психического расстройства, в целом, адаптивным здесь мы назвать не можем. Психическое здоровье человека в индивидуальном плане является на наш взгляд одним из основных показателей адаптации, т.к. наряду с соматическим здоровьем они определяют жизнеспособность и выживаемость индивида (13).

Исходя из системообразующей роли отношения человека к группе климато-географических этнических параметров мы рассматривали и характер отношений индивида к группе расово-биологических и социо-культурных параметров. Например, если индивид родился и проживает в Подмосковье, а в качестве постоянного места жительства предпочитает тропики и постоянно положительный (по Цельсию) ре-

гистр температур воздуха, то в этом случае мы полагаем наличие у данного индивида этнофункционально рассогласованное отношение к группе климато-географических параметров. Если этот же индивид в качестве наиболее предпочитаемых продуктов питания называет ананасы и бананы, то мы говорим об этнофункциональном рассогласовании его отношения к биологическим этническим параметрам (“питание является важнейшим способом биологического взаимодействия человека и окружающей среды” - В.И.Вернадский (4)). С учетом специфики современной социо-культурной ситуации в России, если тот же индивид проявляет в целом положительное отношение к православии или, являясь, например, московским татаринком по рождению и воспитанию - к мусульманству, то мы считали, что в целом этнофункциональные рассогласования по отношению к социо-культурной группе этнических параметров у него отсутствуют. Наличие рассогласования этнофункциональных отношений к социо-культурной группе мы диагностировали в некоторых случаях по экспертным оценкам этнографов, религиоведов, культурологов. В основном это происходило в случаях явно еретических взглядов индивида, формально считающего принадлежащим себя к определенной конфессии, в этнологическом смысле соответствующей региону его рождения и проживания. Примером этнофункционального рассогласования отношения индивида к социо-культурной сфере этнических параметров может являться случай, когда человек, родившийся и проживающий, скажем, в орловской области, русский по рождению (морфотип, родной язык, фамилия), крещеный в православной церкви считает себя “христианином вообще”, но принципиально отвергает посещение

храмов, таинство исповеди и канонические молитвы из-за того, что “посещение храмов - это теперь мода, исповедываться современным пьющим и вообще грешным попам не хочу, а молитва у каждого может быть своя, не обязательно такая как в молитвенниках написано”.

В настоящем исследовании была сделана количественная оценка рассогласованных этнофункциональных отношений к различным этническим параметрам (ландшафтно-климатическим (Л-К), биологическим (питание - П), социокультурным (мировоззрение (В) и выведен обобщенный показатель всех возможных для данной методики исследования этнофункциональных рассогласований (П,Л-К,В) (т.е. наличие этнофункционального рассогласования отношений, хотя бы в одной из трех основных групп этнических параметров).

Математическая обработка результатов осуществлялась по χ - критерию Пирсона. Достоверность результатов обеспечивалась на уровне $p < 0,05$ (*), $p < 0,01$ (**) и $p < 0,001$ (***). В Таблицах 2,3 достоверными считаются различия между теми процентными значениями, рядом с которыми проставлены обозначения (*) и (**) соответственно с какой-либо одной стороны - справа или слева.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты настоящего исследования представлены в Таблице 1.

СВЯЗЬ РАССОГЛАСОВАНИЯ (ПО СОДЕРЖАНИЮ)
ИНТЕРИОРИЗИРОВАННЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В

ГРУППАХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ГЕРОИНОВОЙ
НАРКОМАНИЕЙ (В %%)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Больные алкоголизмом /n=21/	0% ***	20% **	20%	27% *
Больные наркоманией /n=28/	33% ***	75% **	36%	96% *

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Сравнение выраженности этнофункциональных рассогласований у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией (Табл.1) показало существенные различия между этими группами по обобщенному показателю (П,Л-К,В), по системообразующему показателю (Л-К) и

показателю биологических отношений со средой (П). В сфере социокультурных параметров (В) обозначилась тенденция, не достигающая, однако, уровня достоверности. Все различия свидетельствуют о выраженном нарастании этнофункциональных расогласований в группе больных наркоманией по сравнению с больными алкоголизмом. Сходные соотношения наблюдались нами ранее в исследованиях нозологического уровня депрессивных расстройств. Также как и в настоящем исследовании глубина нозологической отнесенности депрессии растет параллельно с нарастанием этнофункциональных расогласований. Это может свидетельствовать о том, что качественный уровень аффективных расстройств (депрессивного спектра) при героиновой наркомании достоверно глубже и по этому признаку позволяет выделять алкоголизм и героиновую наркоманию в различные нозологические группы.

Сравним полученные результаты исследования групп больных алкоголизмом и героиновой наркоманией с каждой из нозологических групп больных аффективными расстройствами по степени нарастания при каждом сравнении этнофункциональных расогласований и нозологического уровня аффективных расстройств.

Ранее нами было проведено сравнительное исследование этнофункциональных отношений в двух независимых исследованиях групп взрослых больных с аффективными расстройствами с ведущими депрессивными синдромами, представленные в Таблице 2 (а,б) (9,13).

СВЯЗЬ РАССОГЛАСОВАНИЯ ИНТЕРИОРИЗИРОВАННЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С НОЗОЛОГИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВЗРОСЛЫХ В %.

а)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Неврозы /n=20/	40%	20%**	26%*	53%*
МДП /n=19/	37%*	37%	58%*	58%
Шизофрения /n=19/	74%*	63%**	53%	90%*

б)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Неврозы /n=20/	29%*	* 12%*	41%*	* 41%*

МДП /n=20/	7%*	* 64%	80%*	* 86%
Шизофрения /n=19/	75%*	75% *	55%	100%*

Для проведения сравнения с группами страдающих алкоголизмом и наркоманией мы составили объединенную Таблицу 3 расогласований этнофункциональных отношений при аффективных расстройствах депрессивного спектра.

Группа больных	Тип расогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Неврозы /n=40/	* 35%	* 15%*	43%	48%*

МДП /n=39/	21% **	* 51%	69%	72%
Шизофрения /n=38/	* 74% **	68% *	53%	95% *

В целом в этой объединенной Таблице 3 выявляется роль маркеров дифференциально-диагностических различий между психогенными и эндогенными психическими расстройствами как рассогласование этнофункциональных отношений к ландшафту и климату (Л-К) и типу питания (П). Выявляется также тенденция роли в качестве таких маркеров обобщенного показателя (П,Л-К,В) и тенденция для социокультурных этнофункциональных отношений (В) не всегда достигающих уровня статистической достоверности.

Проведем последовательное сопоставление выраженности рассогласований этнофункциональных отношений у больных героиновой наркоманией и больных аффективными расстройствами депрессивного спектра различной нозологической отнесенности в Таблице 4 (а,б,в)

СВЯЗЬ РАССОГЛАСОВАНИЙ ИНТЕРИОРИЗИРОВАННЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА.

а)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Наркомания /n=28/	33%	75%***	36%	96%***
Неврозы /n=40/	35%	15%***	43%	48%***

В Таблице 4а видны выраженные различия проходят по ситемо-образующему параметру (Л-К) ($p < 0,001$) и по обобщенному показателю (П,Л-К,В) ($p < 0,001$). При наркомании маркеры выраженности аффективных расстройств существенно выше.

б)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П Л-К В
Наркомания				

/n=28/	33%	75%*	36%**	96%**
МДП /n=39/	21%	51%*	69%**	72%*

В таблице 4б, в целом, по главным этнофункциональным маркерам (системообразующему (Л-К) и обобщенному (П,Л-К,В) выраженность аффективных расстройств опять-таки выше в группе больных наркоманией, чем в группе больных в рамках МДП.

в)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П Л-К В
Наркомания /n=28/	33%***	75%	36%	96%
Шизофрения /n=38/	74%***	68%	53%	95%

В таблице 4в отсутствуют достоверные различия между группами больных наркоманией и больных шизофренией по главным этнофункциональным маркерам - системообразующему (Л-К) и обобщенному (П,Л-К,В).

Сравнение Таблиц 4а, 4б и 4в показывает, на наш взгляд, что по важнейшим этнофункциональным маркерам выраженность аффективных расстройств депрессивного спектра у больных наркоманией достоверно ближе к таковой у больных шизофренией, чем у больных неврозами и депрессивными расстройствами в рамках МДП.

Далее проведем последовательное сопоставление выраженности расщепления этнофункциональных отношений у больных аффективными расстройствами депрессивного спектра и больных алкоголизмом в Таблице 5 (а,б,в)

СВЯЗЬ РАССОГЛАСОВАНИЙ ИНТЕРИОРИЗИРОВАННЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА.

а)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П ,Л-К, В
Алкоголизм /n=21/	0% **	20%	20%	27%

Неврозы /n=40/	35%**	15%	43%	48%
-------------------	-------	-----	-----	-----

В Таблице 5а отсутствуют достоверные различия между группами больных алкоголизмом и больных неврозами по главным этнофункциональным маркерам - системообразующему (Л-К) и обобщенному (П,Л-К,В).

б)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П Л-К В
Алкоголизм /n=21/	0%	20%*	20%**	27%**
МДП /n=39/	21%	51%*	69%**	72%**

В Таблице 5б по основным этнофункциональным маркерам - системообразующему (Л-К) и обобщенному (П, Л-К, В). а также по социокуль-

турному (В) их выраженность достоверно выше в группе больных МДП чем в группе больных алкоголизмом, что свидетельствует об относительно большей выраженности в группе больных МДП аффективных расстройств депрессивного спектра.

в)

Группа больных	Тип рассогласования			
	П	Л-К	В	П, Л-К, В
Алкоголизм /n=21/	0% **	20% **	20% *	27% **
Шизофрения /n=38/	74% **	68% **	53% *	95% **

В Таблице 5в по всем этнофункциональным маркерам выраженность аффективных расстройств депрессивного спектра достоверно выше в группе больных шизофренией по сравнению с группой больных алкоголизмом.

Сопоставление результатов, проведенных в Таблице 1 и Таблице 3 показывает, что системообразующий (Л-К), обобщенный (П,Л-К,В), а также маркер отношения к биологическому взаимодействию со средой (П), с одной стороны, дифференцируют эндогенные расстройства от

психогенных (Таблица 3), а с другой, соответственно, героиновою наркоманию от алкоголизма. Это дает, на наш взгляд, определенное основание, с точки зрения качественного анализа, разделять алкоголизм и героиновою наркоманию как расстройства принципиально различного регистра по степени выраженности аффективной патологии.

Однако, с другой стороны, в нашей практике мы сталкивались со случаями, когда наличие героиновою наркомании имело место при относительно благоприятных этнофункциональных маркерах, особенно смыслообразующем (Л-К) и обобщенном (П,Л-К,В). На нашем опыте эти случаи отличались более благоприятным течением: более длительными ремиссиями и, что существенно, такие больные отличались выраженным интересом к психотерапии и необходимости соответствующих занятий для проработки психологического компонента наркотической зависимости, являющимся прогностически благоприятным признаком. Аналогичные различия наблюдались и у больных алкоголизмом.

В связи со сказанным, представляется целесообразным разделять героиновою наркоманию и алкоголизм на “краевые” и “ядерные” по степени нарастания этнофункциональных рассогласований. Отсутствие рассогласований смыслообразующей (Л-К) и обобщенной (П,Л-К,В) групп может являться прогностически благоприятным признаком для конструктивного преодоления зависимости и признаком относительно меньшей выраженности аффективной патологии.

Понятия “краевых” и “ядерных” героиновою наркомании и алкоголизма приобретают также определенный смысл при сопоставлении с концепцией так называемой “антропологической наркологии” (АН), вы-

двинутой одним из авторов статьи (2). Центральная идея АН заключается в том, что класс заболеваний, связанных с зависимостью, рассматривается как проявление аномалии или патологии целенаправленной модуляции психических (психосоматических) состояний человеком в связи с восприятием и интериоризацией внешнего (эко-культурного) и внутреннего (аутохтонного) потока информации, а также смыслообразованием. Феноменологически модулированные психические состояния проявляются в виде Психических Реакций (ПР), характеризующихся внутренней структурой (телесным, аффективным и идеаторным компонентами, представленными в различных сочетаниях), Спектром (СПР), Порогом (ППР), длительностью (индивидуальная перцептивная секунда) и силой проявления. В связи с последним качеством выделяются так называемые Ординарные Состояния Сознания (ОСС) и Альтернативные Состояния Сознания (АСС). Последние в норме встречаются при первичном научении (импринтинг), восприятии искусства (катарсис), в творчестве, в религиозном опыте и т.д. В патологии АСС участвуют в формировании зависимости и в бредообразовании (кристаллизация бреда). Таким образом АСС рассматривается как обязательная составляющая процесса смыслообразования (нормального или патологического).

У больных различными формами зависимости (преимущественно у больных наркоманиями), еще задолго до начала приема наркотиков, можно обнаружить аномалии психического реагирования, которые проявляются в виде застывшей структуры ПР (на стимулы различной модальности ответ ПР качественно одинаков: или телесно-ориентирован-

ная ПР, или аффективная или идеаторная), сужения СПР, повышение порога ПР и изменение силы и длительности ПР.

На основе особенностей ПР формируется тот или иной тип личности: телесно-ориентированная личность (ТЛ), аффективная (АЛ) или идеаторная (ИЛ). К характеристике ТЛ, кроме прочего, относится ориентация на получение телесных удовольствий и восприятие информации через телесный канал. ТЛ, если они потребляют наркотики, как правило выбирают героин или другие опиаты. АЛ - отдают предпочтение кокаину или амфетаминам. ИЛ - галлюциногенам. Нами найдена закономерность совпадения структуры АСС у больных наркоманиями в состояниях ненаркотических удовольствий и наркотической интоксикации, с одной стороны, и в состояниях абстинентного синдрома, патологического влечения и других неблагоприятных состояниях, с другой.

Возвращаясь непосредственно к теме настоящей статьи, необходимо отметить, что аномалии психического реагирования, в свою очередь могут быть обусловлены как биологическими причинами (перинатальные вредности, минимальная мозговая дисфункция, медиаторные или ферментативные сдвиги и др.), так и нарушениями психологических контактов в семье, в детских учреждениях, с разрушением традиционных форм воспитания и передачи культурных норм и ценностей (3). В этой ситуации смысловое наполнение психического пространства, этническая идентификация искажаются, личности ретардируются и, в целом, демонстрируют неадаптивное девиантное саморазрушающее поведение. У этих личностей гораздо легче

формируется синдром зависимости: групповой, алкогольной, наркотической и т. д.

Экспериментально-психологические исследования, проведенные А.В. Сухаревым - одним из авторов статьи - показали не только продуктивность этнофункционального подхода в диагностике и психотерапии наркологических заболеваний, но и дают дополнительные нозодифференцирующие и прогностические маркеры данного класса заболеваний. Одна из наиболее сложных проблем наркологии - прогноз ремиссии - решается в данной парадигме определением регистра аффективных расстройств (выделение “ядерных” эндоформных расстройств) и определением уровня этнофункционального рассогласования, как отражения общей смысловой рассогласованности болезненной личности.

Необходимыми условиями формирования ядерных наркоманий и алкоголизма, таким образом, мы связываем с психическими реакциями определяющими симпатическое (магическое), т.е. архаичное инфантильное мышление человека в достаточно зрелом биологическом возрасте как “врожденное”, эндогенное свойство (2). Здесь можно говорить о возможных пренатальных и перинатальных вредностях (3), о врожденной, архетипически заданной психической структуре (К.Г.Юнг), однако, в настоящем исследовании мы касаемся только самого явления ядерных героиновой наркомании и алкоголизма как таковых.

Краевые наркомания и алкоголизм, в свете сказанного, рассматриваются в большей мере как результат экзогенного (как биологического, так и психического) воздействия. Маркерами ядерных наркоманий и алкоголизма являются этнофункциональные рассогласования

отношений человека к родному ландшафту и климату, соответствующему региону его рождения типу питания, характеру мировоззрения.

С клинической точки зрения ядерные героиновые наркоманы и алкоголики, по нашим наблюдениям, в подавляющем большинстве в значительной мере носят черты эмоционально-волевой незрелости, как в отношении к жизни в целом, так и в своих внутрисемейных отношениях в особенности.

ВЫВОДЫ

1. Применение этнофункциональной методологии в данном исследовании дает основание полагать, что алкоголизм и героиновую наркоманию, по степени выраженности аффективной патологии, можно выделить в отдельные нозологические единицы.
2. Применение этой методологии позволяет, на наш взгляд, выделить “краевые” и “ядерные” героиновую наркоманию и алкоголизм, соответственно, по критерию степени нарастания рассогласований этнофункциональных отношений индивида “Краевые” наркомания и алкоголизм по отсутствию рассогласованности этнофункциональных прогностических критериев” (Л-К) и (П,Л-К,В) отличаются более благоприятным течением: более длительными ремиссиями и существенным интересом пациентов к конструктивной психотерапевтической проработке важнейшего психологического компонента патологической зависимости от данного психоактивного вещества и, в целом, меньшей выраженностью психопатологических расстройств депрессивного спектра (относительно большей выраженностью психогенного компонента).
3. С позиций этнофункциональной методологии в теоретическом и экспериментальном исследовании, мы полагаем, что характер депрес-

сивных расстройств при героиновой наркомании приближается к такому при эндогенных заболеваниях. Характер депрессивных расстройств при алкоголизме по основным этнофункциональным критериям статистически достоверно приближается к психогенным.

4. Этнофункциональные рассогласования как маркеры ядерных наркомании и алкоголизма свидетельствуют, по-видимому, об определенной эмоциональной незрелости соответствующих групп больных, сохранении у них инфантильного стремления к магическому преобразованию системы своих отношений, ухода от реальных переживаний, связанных с процессом психического созревания человека.

5. Настоящее теоретико-экспериментальное исследование предполагает свой следующий этап - завершение психотерапевтического исследования, в процессе которого уже получены пилотажные результаты, также подтверждающие положения, выдвинутые в п.п.1-3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. М., “Наука”, 1983
2. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию
//Вопросы наркологии, №1, 1993, с.72-78
3. Брюн Е.А. Проблемы детской и подростковой наркологии//
Социальная дезадаптация: нарушение поведения у детей и подростков - М., 1996, с.10-15
4. Вернадский В.И. Живое вещество и биосфера М., “Наука”, 1994,
с.542-555
5. Гумилев Л.Н. Этногенез и биосфера Земли.. Л.,
”Гидрометеиздат”, 1990
6. Лебедева Н.Н. Социальная психология этнических миграций- М.,

ИЭА РАН, 1993

7. Психологический словарь М., “Педагогика”, 1983
8. Психопатологические критерии диагностики депрессии.
Методические рекомендации: МЗ СССР. М., Управление по внедрению новых лекарственных средств и техники, 1980
9. Сухарев А.В. Этническая функция культуры и психические расстройства // Психологический журнал - Т.17, №2, 1996. с.129-137
10. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход к проблемам психопрофилактики и воспитания // Вопросы психологии №4, 1996, с.81-93
11. Сухарев А.В. Опыт этнофункциональной психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у детей в условиях стационара // Вопросы психологии, №3, 1997, с.92-102.
12. Сухарев А.В., Степанов И.Л. Этнофункциональный подход в психотерапии аффективных расстройств // Психологический журнал-т.18, №1, 1997, с.122-133
13. Сухарев А.В., Степанов И.Л., Струкова А.Н., Луговской С.С., Халдеева Н.И. Этнофункциональный подход к психологическим показателям адаптации человека // Психологический журнал-Т.18, №6, 1997, с.103-109
14. May Rollo. The meaning of Anxiety. N. Y. , 1977 , p.197 -200.