

Этнофункциональный аспект особенностей развития депрессивных расстройств

Сухарев А.В., Степанов И.Л.

Сведения об авторах:

Сухарев Александр Владимирович - доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Психологического института РАО;

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии Росздрава;

Контактный E-MAIL: zavor753@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе рассматриваются особенности формирования ведущего аффекта при депрессивных расстройствах с позиций общепсихологического, т.н. этнофункционального подхода. Выявлена связь типа ведущего аффекта у лиц, страдающих депрессивными расстройствами с различными нарушениями этнофункционального психического развития. В результате исследования показано, что этнофункциональные психологические критерии являются более дискриминантными для дифференциальной диагностики тревожного, тоскливого и апатического аффектов по сравнению с методикой Роршаха и Люшера. Полученные результаты являются перспективными для психопрофилактики и психотерапии аффективных расстройств.

Ключевые слова: ведущий аффект у депрессивных больных, стадии этнофункционального психического развития.

Этнокультурная «мозаичность» современного общества обуславливает актуальность связи соответствующего аспекта психического развития человека с условиями возникновения и спецификой депрессивных расстройств [Мацумото Д., 2002, Мэй Р., 2001 и др.]. Настоящее исследование также основано этнофункциональном подходе в клинической психологии [Сухарев А.В., 1995, 2004] и направлено на изучение условий возникновения различных типов ведущих депрессивных аффектов в аспекте психического развития – тревожных, тоскливых и апатических. Проведенные ранее исследования выявили связь этнической функции

содержания отношений пациентов с эндогенными и психогенными депрессивными расстройствами [Сухарев А.В., 2004].

Теоретико-методологическая основа исследования

В этнофункциональном теоретико-методологическом подходе к психическому развитию человека в качестве важнейшей составляющей этого развития принимается изменение с возрастом системы отношений человека к элементам собственной внутренней и внешней среды (климато-географическим, расово-биологическим и культурно-психологическим этническим признакам — Бромлей Ю.В., 1983 и др.). Эти элементы наделяются этнической функцией — интегрирующей или дифференцирующей, в частности, содержание отношений личности с тем или иным этносом или этнической системой. В психическом развитии выделяются стадии, соответствующие общему плану развития этнокультуры, характерной для региона рождения и проживания конкретного человека. В частности, для русской культуры, это т.н. «сказочно-мифологическая», «религиозно-этическая» и «научно-познавательная» стадии. Этнофункциональный анализ культурно-исторической ситуации в России в XX веке показывает, что наиболее общими признаками этнофункционального нарушения психического развития являются нарушение последовательности и этнофункциональное рассогласование содержания данных стадий с культурой региона рождения и проживания конкретного человека. Это связано с различными проявлениями психической дезадаптации на более поздних возрастных этапах [Сухарев А.В., 2004 и др.].

Согласно исследованиям Д.Н. Исаева (1984), Ф.Б. Березина (1988), Ю.А. Александровского (1976) и др., можно выделить следующие проявления психических расстройств: эмоциональные нарушения (эмоциональная слабость, неконтролируемый аффект), тревожность, беспокойство, страхи, снижение потребности в общении, нарушение социальной приспособляемости, депрессивные проявления (гипотимия или суицидальные мысли, снижение активности), нарушения поведения, эпизоды приема психоактивных веществ, психосоматические проявления. Согласно Д.Н. Исаеву, «в этиологии, патогенезе, оформлении клинической картины в большей или меньшей степени всех заболеваний участвуют социально-психологические факторы» [Исаев Д.Н., 1996, С. 425]. А. Ф. Березин, в частности, рассматривал эндогенные расстройства как большую степень психической дезадаптированности, чем психогенные [Березин А.Ф., 1988].

Основные типы ведущего депрессивного аффекта – тревога, тоска и апатия [Вертоградова О.П., 1980] имеют фенотипические различия и являются

синдромообразующими в структуре депрессивных состояний [Вертоградова О.П., 1998]. Тревога как психическое проявление стрессового состояния организма может играть адаптирующую роль [Селье Г., 1960]. И, что существенно для настоящего исследования, в работе И.Л. Степанова показано, что тревожный аффект непсихотического уровня является менее дезадаптирующим, чем тоскливый и апатический аффекты в отношении социально-психического функционирования больных депрессиями (2002).

Целью настоящего исследования было выявить возрастные периоды, в которых определенное содержание и возраст начала сказочно-мифологической, религиозно-этической и научно-познавательной стадий психического развития могут обуславливать как оптимальное психическое развитие человека, так и возникновение у него патологических депрессивных аффектов в более зрелом возрасте.

Объектом исследования были этнофункциональные особенности психического развития больных аффективными расстройствами с ведущим тревожным (20 чел.) и тоскливо-апатическим спектром аффектов (20 чел. – 6 чел. - тоскливо-апатический аффект; отчетливо доминирующие аффекты - 7 чел. тоскливый и 7 чел. апатический аффекты) в рамках эндогенных и психогенных депрессий, а также шизотипических расстройств. Возраст больных – от 19 до 45 лет. Исследование проводилось на базе группы изучения депрессий Московского научно-исследовательского института психиатрии весной 2005 года.

Предметом исследования стала связь содержания и возраста начала сказочно-мифологической, религиозно-этической и научно-познавательной стадий психического развития с типом депрессивного аффекта, проявляющегося у человека в более зрелом возрасте.

В настоящем исследовании предполагалось, что различные типы нарушений этнофункционального психического развития связаны с наличием различных типов ведущих депрессивных аффектов. Вероятно, существуют возрастные периоды, в которых определенное содержание и возраст начала сказочно-мифологической, религиозно-этической и научно-познавательной стадий психического развития могут обуславливать как оптимальное психическое развитие человека, так и наличие у него определенных типов депрессивных аффектов.

В данном исследовании не ставилась задача соотнесения нарушений этнофункционального психического с определенными диагностическими (нозологическими) категориями. Однако, с одной стороны, ранее были выявлены достоверные различия этнической функции содержания отношений человека к

различным группам этнических признаков для больных психогенными и эндогенными депрессивными расстройствами [Сухарев А.В., 1999], а с другой – высокая корреляция этнической функции содержания отношений и этнической функции содержания стадий его этнофункционального психического развития [Тимохин В.В., 2005].

Методика экспериментально-психологического исследования

В настоящей работе выявлялись следующие этнофункциональные нарушения психического развития – «выпадение» какой-либо из стадий развития, «задержка» начала сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий, слишком раннее начало религиозно-этической стадии («забегание») и этнофункциональное рассогласование содержания сказочно-мифологической стадии с этнокультурой региона рождения и проживания пациента. Этнофункциональные нарушения психического развития определялись при помощи метода структурированного этнофункционального интервью, в процессе которого выявлялся *когнитивно-аффективный* след в воспоминаниях испытуемого — как он субъективно определяет возраст начала и содержание определенной стадии.

Возраст начала сказочно-мифологической стадии и ее содержание определялись на основе ответов испытуемых на вопросы о том, в каком возрасте он впервые познакомился со сказками и какими (из всего содержательного многообразия сказочно-мифологической стадии нами были выделены лишь сказки – авторские и народные, как наиболее изученный психолого-педагогический аспект развития в раннем возрасте), а также какие образы природы и в каком возрасте ему запомнились. Авторские сказки в данном исследовании были как русских, так и иностранных авторов. Народные сказки – только русские.

Возраст начала религиозно-этической стадии выявлялся по ответу испытуемого на вопрос о том, в каком возрасте в его жизни впервые появились переживания, связанные с понятиями «справедливость», «Бог», «грех» (т.е. религиозно-этическое либо этическое содержание). Все обследованные пациенты считали себя либо христианами, либо атеистами, либо затруднялись ответить на данный вопрос.

Возраст начала научно-познавательной стадии определялся в процессе интервью по воспоминаниям пациента о возрасте, в котором у него возникли первые увлечения – технические, искусством, познавательные, спортивные и пр.

Данный метод исследования совпадает со сбором субъективного анамнеза, принятым в психологии и психиатрии. Описывая специфичность данного метода, В.Н. Мясищев пишет, что «показания самого обследуемого..., во-первых, в отдельных частях полнее всех других материалов, во-вторых, дают больше всего данных для

суждения о том, какова была мотивация действий, как объективные факты перерабатывались в индивидуальном опыте и какие обстоятельства какой оставили след... Наиболее существенное... запечатлевается и воспроизводится наиболее отчетливо. Здесь неполнота является как бы средством необходимой реализации принципа избирательности» [Мясищев В.Н., 2004, с. 292 - 299].

При диагностировании «задержек» («забеганий») начала сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития использовались в сравнительных целях результаты диссертационного исследования В.В. Тимохина (2005), согласно которым оптимальный возраст начала сказочно-мифологической стадии - от 2 до 4 лет, а религиозно-этической – с 5 до 8 лет.

Проявления психических нарушений (в данном исследовании – тип ведущего аффекта, диагноз и некоторые особенности эмоционально-мотивационной и когнитивной сторон отношений пациентов) выявлялись при помощи клинического метода, анализа медицинской документации, Роршах-психодиагностики, а также теста Люшера. Оценка значимости полученных различий осуществлялась по χ^2 - критерию Пирсона. Ранжирование стадий этнофункционального психического развития по возрасту представлено как производных от наиболее значимых статистических различий между группами больных депрессиями с тем или иным ведущим аффектом или их спектром (при менее дифференцированном анализе различающихся по степени доминирования ведущих депрессивных аффектов).

Результаты экспериментально-психологического исследования

По результатам исследования в таблицах 1 – 5, представлены данные сравнения групп пациентов с ведущим **тревожным** и **тоскливо-апатическим** спектром аффекта. Данные сравнения больных с тревожно-тоскливым и тоскливо-тревожным аффектом не представлены, т.к. достоверные различия между последними двумя группами отсутствуют. Кроме того, больные с тревожно-тоскливым и тоскливо-тревожным аффектом по показателям нарушения этнофункционального психического развития занимают в целом промежуточное положение между группой больных с тревожным аффектом и тоскливо-апатическим спектром.

. Таблица 1.

Различия количества больных с ведущими тревожным аффектом и аффектами тоскливо-апатического спектра в зависимости от содержания и возраста начала сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития.

Содержание стадии	Тревожный аффект (20 чел.)	Тоскливо-апатический спектр аффекта (20 чел.)	Вероятность ошибки (p) по критерию χ^2 – Пирсона
Народные сказки до 5 лет	8	2	$p < 0,05$
Авторские сказки до 5 лет	17	7	$p < 0,01$
Образы родной природы (до 4 лет)	5	4	нет различий
Сказки от 4 до 7 лет (включительно)	9	5	нет различий
Сказки после 8 лет («задержка» стадии)	0	6	$p < 0,01$
Сказок не помнят («выпадение» стадии)	1	11	$p < 0,01$
Образы родной природы (до 8 лет)	10	6	нет различий

Анализ табличных данных

Достоверных различий между количеством больных с различными аффектами в зависимости от наличия когнитивно-аффективного следа в их воспоминаниях от образов природы, а также от народных и авторских сказок по отдельности, относящегося к различным возрастам старше 5 лет получено не было.

При вертикальном сравнении данных из Таблицы 1 получается, что в группе «до 5 лет» у больных с *тревожным* и *тоскливо-апатическим* спектром аффекта достоверно преобладает количество больных, помнящих *авторские* сказки по сравнению с теми, кто помнит *народные* ($p < 0,05$).

При вертикальном сравнении следует также отметить, что количество больных с *тоскливо-апатическим* спектром аффекта не имеет достоверных различий при

сравнении групп *«авторские сказки до 5 лет»* с группами *«задержка»* и *«выпадение»* сказочно-мифологической стадии. Количество больных с *«образами родной природы»* в группах *«до 4 лет»* и *«до 8 лет»* также не достоверно различаются. При этом количество больных в группе *«народные сказки до 5 лет»* по сравнению с группой *«задержка + выпадение»* достоверно меньше ($p < 0,001$).

Количество больных с *тревожным аффектом* достоверно больше в группе *«авторские сказки до 5 лет»* по сравнению с группой *«задержка + выпадение»* сказочно-мифологической стадии ($p < 0,01$). Количество таких больных в группе *«народные сказки до 5 лет»* по сравнению с группой *«задержка + выпадение»* также достоверно больше ($p < 0,05$).

Из Таблицы 1 также видно, что количество больных *со всеми типами аффекта* в группе *«авторские сказки до 5 лет»*, достоверно больше, чем в группе *«народные сказки до 5 лет»* ($0,01 < p < 0,05$).

Необходимо отметить, что количество больных с *тревожным аффектом* в группе *«народные + авторские сказки до 5 лет»* достоверно больше, чем в группе *«задержка + выпадение сказочно-мифологической стадии»* ($p < 0,01$). Напротив, количество больных с аффектами *тоскливо-апатического спектра* в группе *«народных + авторских сказок до 5 лет»* достоверно меньше, чем в группе *«задержка + выпадение сказочно-мифологической стадии»* ($p < 0,05$). В группе, где сказки субъективно воспринимались до 5 лет, преобладают больные с ведущим тревожным аффектом, а в группе, где сказки воспринимались после 8 лет или интереса к сказкам не было вообще – достоверно преобладают больные с ведущим тоскливо-апатическим спектром ($p < 0,05$), причем тревожные практически отсутствуют.

Обсуждение результатов исследования по сказочно-мифологической стадии

Существует точка зрения о том, что тревожный аффект при относительно небольшой и средней выраженности или так называемая «нормальная тревога» имеет общемотивирующий и даже «креативный» смысл [Мэй Р., 2001, с. 174 – 180, 313]. В психиатрических исследованиях [Степанов И.Л., 2002], в частности, отмечается, что тревожный аффект непсихотического уровня практически не влияет на снижение уровня социально-психического функционирования больных. В то же время аффекты тоскливо-апатического спектра связаны с общим снижением активности и эмоционально-мотивационных проявлений. Следует заметить, что для психического созревания человека необходима именно его психическая активность. Для развития психики, по-видимому, благоприятнее преобладание тревожного аффекта, чем тоскливо-апатического. Преобладание *авторских сказок* в период *до 5 лет* связано с

усилением тревожного («мотивирующего») аффекта, а уменьшение «удельного веса» когнитивно-аффективного следа от *сказочных образов* (любых) в этот период связано с усилением аффектов тоскливо-апатического («дезактивирующего») спектра при депрессии в более зрелом возрасте. В связи со сказанным выше и на основе данных Таблицы 1 можно предположить, что данное условие является фактором риска снижения напряженности потребностно-мотивационной сферы, общей активности человека.

Активирующим фактором, связанным с психическим созреванием человека, исходя из полученных результатов, можно считать наличие народных и авторских сказок в его воспоминаниях, относящихся к возрасту до 5 лет. Однако, наличие авторских сказок является дополнительным фактором риска формирования патологического тревожного аффекта. Можно предположить, что характерным для формирования тревожного аффекта при развитии депрессивного состояния (относительно более благоприятный вариант развития эмоциональной сферы психики больных) является начало сказочно-мифологической стадии в возрасте *до 5 лет*.

Полученные результаты согласуются с ранее проведенными исследованиями, в частности, об оптимальном возрасте начала сказочно-мифологической стадии (от 2 до 4 лет у здоровых), более «патогенной» роли авторских сказок по сравнению с народными в возрасте до 5 лет [Сухарев А.В., 2004; Тимохин В.В., 2005].

Таблица 2.

Различия количества больных с ведущими тревожным аффектом и аффектами тоскливо-апатического спектра в зависимости от возраста начала у них религиозно-этической стадии.

Возраст начала стадии	Тревожный аффект (20 чел.)	Тоскливо-апатический спектр аффекта (20чел.)	Вероятность ошибки (р) по критерию χ^2 – Пирсона
До 5 лет	0	0	нет различий
С 5 до 6 лет	6	1	$p < 0,05$
От 5 до 7 лет	10	2	$p < 0,05$
От 6 до 8 лет	6	1	$p < 0,05$
После 9 лет включительно («задержка» начала стадии)	10	11	нет различий
«Никогда» («выпадение» стадии)	0	3	$p < 0,05$

Анализ табличных данных

Начало религиозно-этической стадии в возрастном интервале *от 5 до 8 лет* связано с преобладанием количества больных с ведущим **тревожным** аффектом по сравнению с количеством больных с тоскливо-апатическим спектром (Таблица 2, $p < 0,05$). «**Задержка**» начала этой стадии позже 8 лет связана с достоверным возрастанием количества больных с ведущим **тоскливо-апатическим** спектром аффекта ($p < 0,001$), при практически неизменном количестве больных с ведущим тревожным аффектом. «**Выпадение**» религиозно-этической стадии связано с достоверным снижением количества больных с ведущим **тревожным** аффектом ($p < 0,001$) и тоскливо-апатическими спектром ($p < 0,01$). Однако, при «**выпадении**» данной стадии достоверно преобладает количество больных с аффектами **тоскливо-апатического** спектра по сравнению с тревожным аффектом ($p < 0,05$).

Обсуждение результатов исследования по религиозно-этической стадии

Преобладание количества больных с ведущим тревожным аффектом при начале религиозно-этической стадии с *5 до 8 лет* (количество больных с тоскливо-апатическим спектром аффекта в этом возрастном интервале остается практически неизменным) позволяет предполагать, что начало данной стадии в данном интервале является **активирующим фактором** для дальнейшего психического развития человека, а также дополнительным фактором риска возникновения тревожного аффекта при депрессии.

Достоверное повышение количества больных с аффектами тоскливо-апатического спектра при «задержке» религиозно-этической стадии после 8 лет и достоверное преобладание таких больных при «выпадении» данной стадии позволяет, в свою очередь, предполагать, что «**задержка**» и «**выпадение**» являются **факторами риска снижения психической активности** человека в процессе его дальнейшего психического развития. Кроме того, «выпадение» религиозно-этической стадии можно рассматривать как дополнительный фактор риска возникновения патологических аффектов тоскливо-апатического спектра. В таком случае **благоприятным в прогностическом отношении** формирования психоэмоциональной сферы больных является начало религиозно-этической стадии этнофункционального психического развития в возрасте *от 5 до 8 лет*. Это предположение согласуется с ранее полученными результатами [Тимохин В.В., 2005].

Таблица 3. Различия количества больных с ведущими тревожным аффектом и различными сочетаниями тоски и апатии в зависимости от возраста начала научно-познавательной стадии

Возраст начала стадии	Тревожный аффект (20 чел)	Тоскливо-апатический тип аффекта (20 чел)	Вероятность ошибки (р) по критерию χ^2 – Пирсона
3 – 4 года	5	1	P < 0,1 тенденция
5 – 6 лет	6	1	P < 0,05
7 – 9 лет	5	4	нет различий
После 9 лет	3	8	P < 0,05
После 10 лет	3	9	P < 0,05
После 12 лет	2	7	P < 0,05
После 14 лет	1	7	P < 0,05
«Никогда» («выпадение» стадии)	0	3	P < 0,05

Анализ табличных данных

Из Таблицы 3 можно выделить два возрастных диапазона начала научно-познавательной стадии, где имеет место достоверное различие типа преобладающего аффекта. С увеличением возраста начинает достоверно снижаться количество больных с ведущим тревожным аффектом и, одновременно, увеличиваться количество больных с аффектом тоскливо-апатического спектра. Это следующие возрастные диапазоны: а) «до 7 лет» и (б) «после 9 лет».

Обсуждение результатов исследования на научно-познавательной стадии

Можно предположить, что возраст **7 – 9 лет** является в определенном смысле кризисным для начала формирования высокой познавательной допрофессиональной мотивации человека, т.к. начало научно-познавательной стадии до 7 лет связано с риском формирования тревожного аффекта при неизменно низком риске возникновения тоскливо-апатических аффектов. В связи со сказанным, начало данной стадии до 7 лет связано с возрастанием психической активности в процессе дальнейшего психического развития человека (в связи с преобладанием здесь больных с ведущим тревожным аффектом) и фактором риска формирования патологического тревожного аффекта. Напомним, что тревога как начальное психическое проявление стрессового состояния организма в целом играет адаптирующую роль [Селье Г., 1960].

В психологических исследованиях широко известно, что оптимальный уровень тревоги («нормальная тревога») [Мэй Р., 2001, с. 174]. Наряду с этим в исследованиях отмечается, что апатический аффект является более дезадаптирующим, чем тоскливый и, тем более, чем тревожный непсихотический аффект, который практически не усиливает психическую и социальную дезадаптированность пациентов [Степанова И.Л., 2002].

Возраст начала научно-познавательной стадии после 9 лет это может являться фактором снижения психической активности и фактором риска формирования патологических аффектов тоскливо-апатического типа. Следует отметить, что согласно ранее проведенным исследованиям в обеих группах достоверно преобладают нарушения этнофункционального психического развития на сказочно-мифологической стадии, где начинает формироваться эмоционально-мотивационная сторона отношений человека [Тимохин В.В., 2005]. Поэтому, в общем случае, закономерности, полученные в настоящем исследовании для оптимального возраста начала религиозно-этической и, тем более – научно-познавательной стадиях нельзя считать оптимальными для развития здоровой психики.

Исходя из данных Таблицы, при начале научно-познавательной стадии в возрасте 7-9 лет риск возникновения всех типов патологических аффектов минимален. Однако, в связи с тем, что уровень «социально-психического функционирования» (термин И.Л. Степанова) при ведущем тревожном аффекте выше, чем при ведущих аффектах тоскливо-апатического спектра, то можно сделать следующее предположение. А именно - оптимальный возраст начала научно-познавательной стадии должен быть не позже 9 лет. Данный результат совпадает выводами Е.А. Выдриной об оптимальном возрасте начала научно-познавательной стадии не ранее 7 лет [Выдрина Е.А., 2006].

Таблица 4.

Различия показателей Роршах-теста у больных с ведущим тревожным аффектом, в зависимости от возраста начала сказочно-мифологической стадии

Возраст начала стадии	Количество ответов типа (Fb, FbF, FFb)	Количество ответов типа (M)	Количество ответов типа (T)
До 5 лет (9 чел)	28	14	27
После 5 лет (6 чел)	10	11	47
Вероятность ошибки (p) по критерию	p < 0,05	нет	p < 0,001

χ^2 – Пирсона		различий	
--------------------	--	-----------------	--

Таблица 5.

Различия показателей Роршах-теста у больных с аффектами тоскливо-апатического спектра в зависимости от возраста начала сказочно-мифологической стадии.

Возраст начала Стадии	Количество ответов типа (Fb, FbF, FFb)	Количество ответов типа (M)	Количество ответов типа (T)
Помнят сказки, воспринятые в возрасте до 5 лет (включительно) (9 чел)	17	8	28
Сказок не помнят («выпадение» стадии) (11 чел)	16	9	56
Вероятность ошибки (p) по критерию χ^2 – Пирсона	нет различий	нет различий	P < 0,001

Анализ и обсуждение табличных данных

Преобладание ответов типа Fb, FbF, FFb в Таблицах 4 и 5 – т.е. цветовых ответов, является признаком относительно развитой эмоционально-мотивационной сферы (т.е. показателем большей психической активности) [Белый Б.И., 1992; Беспалько И.Г., Раева М.Н., 1978; Роршах Г., 2003]. Преобладание ответов типа T (животные) по сравнению с количеством ответов типа M (люди) для взрослых считается признаком инфантилизма [Bohm E., 1972]. Настоящие результаты совпадают с полученными ранее [Тимохин В.В., 2005] – нарушение этнофункционального психического развития (здесь – задержка начала сказочно-мифологической стадии развития и наличие в воспоминаниях раннего возраста авторских сказок – см. Таблицу 1) - связано с задержкой эмоционального развития и задержкой психического развития в целом.

Достоверные различия по результатам Роршах-теста были выявлены также между группой больных с отчетливо доминирующим апатическим аффектом (7 чел) и группой тревожных (20 чел). У последних преобладало количество цветовых шоков как признака невротизации по E. Bohm (1972) ($p < 0,05$), что отвечает представлениям о различии данных групп.

Снижение количества цветовых ответов характерно для эндогенных депрессивных больных [Bohm E., 1972]. У больных с «выпадением» сказочно-мифологической стадии преобладание ответов типа Т по сравнению с М-ответами. как уже упоминалось, является показателем психического инфантилизма [там же].

Исследование показало также достоверное отличие группы больных с ведущим тревожным типом аффекта от больных с отчетливо доминирующими тоскливыми и апатическими аффектами по тесту Люшера ($p < 0,01$). Между группами больных с тоскливым и апатическим аффектами различия по тесту Люшера были обнаружены на уровне тенденции ($p < 0,1$). Причем отклонение от «нормальной цветовой последовательности выборов» по количеству больных нарастало следующим образом: **тревожные < тоскливые < апатические**. Такие изменения отражают нарастание степени психической дезадаптации больных [Собчик Л.Н., 1990].

Исследование показало также отсутствие достоверных различий по показателям Роршах-теста между группами апатических и тоскливых больных.

Различие в показаниях теста Люшера и теста Роршаха, может объясняться тем, что тест Люшера относительно более чувствителен к нюансам актуального эмоционального состояния пациента.

Все обследованные группы больных – с отчетливо доминирующим тоскливым, апатическим, а также тревожным аффектом имели определенные различия по показателям нарушений этнофункционального психического развития. Результаты представлены в Таблице 6.

Таблица 6.

Различия количества больных с ведущими тревожным, тоскливым и апатическим аффектами в зависимости от возраста начала сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития.

Возраст начала стадии	Тревожный аффект (Тр) (20 чел.)	Тоскливый аффект (Тоск) (7 чел.)	Апатический аффект (Ап) (7 чел.)	Достоверные различия по критерию Пирсона - χ^2
Помнят сказки, воспринятые в возрасте до 4 лет	8	0	0	Тр > Тоск, Ап $P < 0,05$
Помнят сказки, воспринятые в возрасте до 5 лет	18	3	0	Тр > Тоск > Ап $p < 0,05$

Помнят сказки, воспринятые в возрасте 4 - 8 лет	10	3	0	Тр>Тоск> Ап р < 0,05
Сказок не помнят («выпадение» стадии)	1	3	7	Тр < Тоск < Ап р < 0,05
Помнят образы природы до 4 лет	5	0	0	Тр > Тоск, Ап р < 0,05
Помнят образы природы до 5 лет	9	1	0	Тр > Тоск, Ап р < 0,01

Из Таблицы 6 видно, что больные с ведущим тревожным аффектом отличаются от больных с ведущим тоскливым и апатическим аффектами по всем показателям, особенно по воспоминаниям образов родной природы в возрастных интервалах до 4 и до 5 лет. Отличие больных с ведущим *апатическим аффектом* от больных с ведущим *тоскливым аффектом* состоит в том, что у первых преобладает отсутствие детских воспоминаний о сказках («выпадение» сказочно-мифологической стадии). Причем, в возрасте 4 – 8 лет наличие воспоминаний о сказках преобладает у больных с ведущим тоскливым аффектом.

Достоверных различий между группами больных с ведущим апатическим и тоскливым аффектами на религиозно-этической, а также научно-познавательной стадиях этнофункционального психического развития обнаружено не было.

Таблица 7. Парные различия количества больных в группах с ведущим тревожным, тоскливым и апатическим аффектами в сопоставлении со стадиями этнофункционального развития

Тип аффекта	Народные сказки	Авторские сказки	Выпад. сказ.- миф стадии	Сказ.- миф стадия до 5 лет	Сказ.- миф стадия с 5 лет	Рел.- этич. стадия до 5 лет	Рел.- этич. стадия в 5-8 лет	Рел.- этич. стадия с 9 лет и позже
«Тр» аффект (20 чел.)	8	17	0	15	5	6	9	10

Вероятн. ошибки	нет разл.	нет разл.	p<0,001 Тоск > Тр	p<0,01 Тр > Тоск	p<0,05 Тоск > Тр	нет разл.	нет разл.	нет разл.
«Тоск» аффект (7 чел)	1	4	3	0	6	0	2	4
Вероятн. ошибки	p<0,05 Тоск > Ап	p<0,05 Тоск > Ап	p<0,05 Ап > Тоск	нет разл.	p<0,01 Тоск > Ап	нет разл.	нет разл.	p<0,05 Ап >Тоск
«Ап» аффект (7 чел)	0	0	7	0	0	0	0	7
Вероятн. ошибки	p<0,05 Тр > Ап	p<0,001 Тр > Ап	p<0,001 Ап > Тр	p<0,01 Тр > Ап	тен-денция p<0,1 Тр > Ап	тен-денция p<0,1 Тр > Ап	p<0,05 Тр > Ап	p<0,05 Тр > Ап
«Тр» аффект (20 чел.)	8	17	0	15	5	6	9	10

На завершающем этапе было проведено последовательное сравнительное исследование групп больных с отчетливо доминирующими тревожным («Т»), тоскливым («Тоск») и апатическим («Ап») аффектами с контингентом практически здоровых людей («З») в возрасте от 19 до 40 лет. Группа здоровых характеризовалась отсутствием обращаемости к психиатрам в течение всей жизни, отсутствием психиатрических жалоб и хронических психосоматических заболеваний (56 человек). Результаты представлены ниже в Таблицах 8, 9, 10.

Таблица 8.

Различия группы больных с ведущим тревожным аффектом и группы здоровых испытуемых в зависимости от возраста начала и содержания сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития

	Народные сказки	Авторские сказки	Выпадение сказ.-миф стадии	Сказ.-миф стадия до 4 лет	Сказ.-миф стадия с 5 лет	Рел.-этич. стадия до 5 лет	Рел.-этич. стадия в 5-8 лет	Рел.-этич. стадия с 9 лет и позже
Здоровые «З» (56 чел)	43	32	0	43	13	7	30	18
Тревожный аффект «Т» (20 чел)	8	17	0	15	5	6	9	10
	$Z > T$ $P < 0,01$	$T > Z$ $p < 0,05$	нет различий	Нет различий	Нет различий	$T > Z$ $p < 0,05$	нет различий	нет различий

Больные с тревожным типом ведущего аффекта (Таблица 8) отличались от здоровых преобладанием авторских сказок и меньшим количеством народных сказок в детских воспоминаниях, а также началом религиозно-этической стадии до 5 лет.

Таблица 9.

Различия группы больных с ведущим тоскливым аффектом и группы здоровых испытуемых в зависимости от возраста начала и содержания сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития.

	Народные сказки	Авторские сказки	Выпадение сказ.-миф стадии	Сказ.-миф стадия до	Сказ.-миф стадия с 5 лет	Рел.-этич. стадия до 5 лет	Рел.-этич. стадия в 5-8 лет	Рел.-этич. стадия с
--	-----------------	------------------	----------------------------	---------------------	--------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------

				5 лет				9 лет и позже
Здоровые «З» (56 чел)	43	32	0	43	13	7	30	18
Тоскливый аффект «Тоск» (7 чел)	1	4	3	0	6	0	2	4
	З > Тоск p < 0,01	нет различий	Тоск > З p < 0,01	З > Тоск p < 0,01	Тоск > З p < 0,01	нет различий	нет различий	нет различий

Больные с тоскливым типом ведущего аффекта (Таблица 9) отличались от здоровых испытуемых меньшим количеством народных сказок в детских воспоминаниях. Кроме того, у больных чаще имело место выпадение сказочно-мифологической стадии или ее начало с 5 лет или позже.

Таблица 10.

Различия группы больных с ведущим апатическим аффектом и группы здоровых испытуемых в зависимости от возраста начала и содержания сказочно-мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития.

	Народные сказки	Авторские сказки	Выпадение сказ.-миф стадии	Сказ.-миф стадия до	Сказ.-миф стадия с 5 лет	Рел.-этич. стадия до 5 лет	Рел.-этич. стадия в	Рел.-этич. стадия с 9 лет
--	------------------------	-------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	----------------------------------

				5 лет			5-8 лет	и позже
Здоровые «З» (56 чел)	43	32	0	43	13	7	30	18
Апатический аффект «Ап» (7 чел)	0	0	7	0	0	0	0	7
	З > Ап р < 0,01	З > Ап р < 0,01	Ап > З р < 0,01	З > Ап р < 0,01	нет различий	Нет различий	З > Ап р < 0,01	Ап > З Р < 0,01

В детских воспоминаниях больных с апатическим типом ведущего аффекта (Таблица 10), по сравнению со здоровыми испытуемыми, отсутствовали как народные, так и авторские сказки, т.е. у всех больных данной группы имело место выпадение сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития. Кроме того, у всех больных с ведущим апатическим аффектом, по сравнению со здоровыми, первые воспоминания о таких понятиях как Бог, грех и справедливость (т.е. начало религиозно-этической стадии) относились к возрасту не моложе 9 лет. Следует дополнить, что ранее полученные данные свидетельствуют о том, что столь позднее начало религиозно-этической стадии связано с возникновением аддиктивного поведения в более позднем возрасте (алкогольная и героиновая зависимость, табакокурение) [Сухарев А.В., 2004; Тимохин В.В., 2005 и др.].

Сравнение выборки больных с отчетливо доминирующими типами ведущего аффекта – тревогой, тоской и апатией (Таблица 11, 34 человека) с группой здоровых испытуемых по результатам обследования методикой Роршаха показало, что у больных преобладает количество ответов типа Т (животные), по сравнению с количеством ответов типа М (люди) ($p < 0,05$). Напомним, что согласно Е. Vohm (1972) это является признаком большей выраженности инфантилизма в группе больных испытуемых.

Таблица 11.

Различия группы больных, страдающих аффективными расстройствами со всеми типами аффектов (отчетливо тревога, тоска, апатия) и группы здоровых испытуемых в зависимости от возраста начала и содержания сказочно-

мифологической и религиозно-этической стадий этнофункционального психического развития.

	Народные сказки	Авторские сказки	Выпадение сказ-миф. стадии	Сказ.-миф стадия до 5 лет	Сказ.-миф стадия с 5 лет	Рел.-этич. стадия до 5 лет	Рел.-этич. стадия в 5-8 лет	Рел.-этич. стадия с 9 лет и позже
Здоровые «З» (56 чел)	43	32	0	43	13	7	30	18
Аффективные расстройства «Аф» (34 чел)	9	21	10	15	11	6	11	21
	З > Аф p < 0,01	нет различий	Аф > З P<0,01	З >Аф p<0,01	нет различий	нет Различий	З > Аф p<0,05	Аф > З p<0,01

В группе здоровых испытуемых («З») по сравнению со страдающими аффективными расстройствами с отчетливо доминирующими аффектами («Аф»: ведущий тревожный аффект 20 чел., ведущий тоскливый аффект 7 чел., ведущий апатический аффект 7 чел.) отсутствовало выпадение сказочно-мифологической стадии. Данная стадия у здоровых начиналась, как правило, до 5 лет, а в детских воспоминаниях преобладали народные сказки. Религиозно-этическая стадия в группе здоровых, как правило, начиналась в возрасте 5 – 8 лет, а в группе больных – с 9 лет и позже.

Сравнение страдающих аффективными расстройствами с группой здоровых испытуемых со по методике Люшера показало, что у первых более выражено отклонение от «нормальной последовательности цветов» ($p < 0,05$).

Заключение

Настоящее экспериментально-психологическое и клинико-психопатологическое исследование подтвердило полученные ранее результаты, а также позволило сделать

некоторые предположения о роли нарушений этнофункционального психического развития в задержке психического созревания человека и в возникновении в более зрелом возрасте депрессивных аффектов – тревожного, тоскливого и апатического.

Наиболее значимыми можно определить выводы о связи типа ведущего аффекта с содержанием и возрастом начала сказочно-мифологической стадии, несколько менее значимыми – с возрастом начала религиозно-этической стадии. Результаты исследования на научно-познавательной стадии психического развития, в значительной степени зависят также и от развития человека на первых двух стадиях, поэтому их можно считать наименее валидными.

Интересным, но, также, требующим дальнейшей проверки результатом настоящего исследования является то, что по данным теста Роршаха группы больных с ведущим апатическим и тоскливым аффектами не различаются. Отличия между данными группами по тесту Люшера отражают степень отклонения последовательных цветовых выборов от «нормальной последовательности», что, однако, может интерпретироваться как особенность эмоционального состояния пациентов именно в ситуации обследования.

Достоверным отличием больных с ведущим апатическим аффектом от больных с ведущим тоскливым аффектом является более выраженная у первых «задержка» и «выпадение» сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития. Данная стадия, согласно ранее проведенным исследованиям, связана с формированием эмоционально-мотивационной стороны отношений человека. Исходя из результатов настоящего исследования, тревожный, тоскливый и апатический типы ведущего аффекта имеют различия, состоящие в нарастании степени выраженности (здесь - по количеству) нарушений этнофункционального психического развития последовательно от тревожного к тоскливому и к апатическому. Можно предположить, в частности, что различие между тоскливым и апатическим типами аффектов обусловлено в значительной мере характером этнофункционального психического развития соответствующих больных. Это может быть связано, в свою очередь, с характером восприятия и переработки человеком сказочно-мифологического аспекта культуры.

В дальнейших исследованиях следует проверить сформировавшуюся в процессе данной работы гипотезу о том, что этнофункциональные предикторы типа ведущего депрессивного аффекта могут рассматриваться потенциально более валидными по сравнению с общепринятыми методами психодиагностики в современной культурно-исторической ситуации (эта гипотеза в определенной мере основана на том, что

этнофункциональные предикторы учитывают специфику современного кризиса культуры [Сухарев А.В., 2004]). Использование этнофункциональных критериев представляется перспективным для целей этнофункциональной психотерапии и психопрофилактики, т.к. эти критерии (типы этнофункциональных нарушений психического развития, различные сочетания этих типов и их общее количество) непосредственно указывает на конкретное содержание психотерапии, а также на ее общую направленность [Сухарев А.В., 2004; Сухарев А.В., Степанов И.Л., 1997].

Выводы

1. Начало сказочно-мифологической стадии этнофункционального психического развития с преобладанием народных сказок в возрасте до 4 лет и начало религиозно-этической стадии в возрастном интервале с 5 до 8 лет связаны с относительно благоприятным психическим созреванием человека и снижением риска возникновения аффективных расстройств в более позднем возрасте.
2. Возрастной интервал начала научно-познавательной стадии в 7 – 9 лет также может являться относительно более благоприятным для дальнейшего эмоционального развития человека.
3. Наиболее сильным предиктором возникновения аффективных расстройств тоскливо-апатического типа и инфантилизации психики в более позднем возрасте может являться одновременное выпадение сказочно-мифологической и религиозно-этической стадии.
4. Снижение возраста начала религиозно-этической стадии (менее 7 лет) связано с преобладанием ведущего тревожного аффекта, а задержка начала данной стадии (после 9 лет) связано с ведущими аффектами тоскливо-апатического типа.
5. Для дифференциальной диагностики апатического аффекта от тоскливого можно использовать следующие критерии: 1) ведущий тоскливый аффект – начало сказочно-мифологической стадии (любые сказки) в возрасте после 5 лет; 2) ведущий апатический аффект – а) «выпадение» сказочно-мифологической стадии; б) начало религиозно-этической стадии после 9 лет.
6. Для дифференциальной диагностики ведущего тревожного аффекта от тоскливого можно использовать следующие критерии: 1) ведущий тревожный аффект - наличие авторских сказок и воспоминаний о природе в возрасте до 4 лет; б) начало религиозно-этической стадии до 5 лет; 1) ведущий тоскливый аффект – начало сказочно-мифологической стадии (любые сказки) в возрасте после 5 лет.

7. Показатели нарушения этнофункционального психического развития, выявляемые в процессе этнофункционального структурированного интервью у больных аффективными расстройствами с ведущими тревожным, тоскливым и апатическим типами аффекта могут рассматриваться как дополнительные ориентиры для дифференциальной психодиагностики типа ведущего аффекта и «тонкой дифференциации» содержания и направленности психотерапии при депрессивных расстройствах. Также они могут служить ориентирами для психопрофилактики аффективных расстройств у детей.

Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. - М.: «Наука», 1976.
2. Белый Б.И. Тест Роршаха. Практика и теория. - С.-Пб.: «Дорваль», 1992.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: «Наука», 1988.
4. Беспалько И.Г., Раева М.Н. О применении метода Роршаха в изучении возрастных особенностей психического развития. // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. - Л.: Медицина, 1978. - С. 22-23.
5. Бромлей Ю.В. Очерки теории этноса. - М.: «Наука», 1983.
6. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Труды МНИИП МЗ РФ, т. 91. Депрессия (психопатология и патогенез). – М.: МНИИП МЗ РФ, 1998. – С. 9 - 16.
7. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии (гл. ред. – чл.- корр РАМН А.Б. Смулевич). - М.: НЦПЗ РАМН, 1998. – С. 113 - 131.
8. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. - Л.: Медицина, 1984.
9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - С.-Пб.: «Специальная литература», 1996.
10. Мацумото Д. Психология и культура. - М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002.
11. Мэй Р. Смысл тревоги. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
12. Мясищев В.Н. Психология отношений. - М.: Академия педагогических и социальных наук, 2004.
13. Роршах Г. Психодиагностика. - М.: Когито-Центр, 2003.
14. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.– М., Медгиз, 1960 –254 с.
15. Собчик Л.Н. Методы психодиагностики. Вып. 2. М.: МКЦ ГУТ Мосгориспокома,

1990.

16. Степанов И.Л. Влияние депрессивного состояния на социально-психическое функционирование (СПФ) больных // Журнал прикладной психологии. - 2002. - № 4 – 5. С.8 – 17.
17. Сухарев А.В. О роли этнокультурной диссоциации в повышении уровня тревоги // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т.5. Вып. 4. - С. 118-123.
18. Сухарев А.В. Этнофункциональная психология в воспитании, психотерапии и психопрофилактике. - М.: АГЗ МЧС РФ, 2004.
19. Сухарев А.В., Степанов И.Л. Этнофункциональный подход в психотерапии аффективных расстройств // Психологический журнал. 1997. т. 18. № 1. - С. 122-133.
20. Тимохин В.В. Этнофункциональный аспект психического развития. Автореф. дисс. канд. психол. наук. М: ПИ РАО, 2005.
21. Bohm E. Lehrbuch der Rorschach Psychodiagnostik. Bern, Hans Huber, 1972.