

## О ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Е. Л. Николаев

*Чувашский государственный университет*

Психическое здоровье, рассматриваемое как широкое междисциплинарное понятие (12), характеризуется центральной способностью индивида к осознанию себя в качестве субъекта, взаимодействующего с окружающим миром (7). Являясь важным условием индивидуального и общественного благополучия, психическое здоровье имеет множество медицинских, социальных и политических аспектов (3).

Наиболее распространенным подходом в изучении психического здоровья населения является клинико-эпидемиологический. Он основывается на анализе многочисленных данных первичного статистического учета, проводимого на территории либо как государственный учет, либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный учет) (5). Он также часто базируется на сплошном или выборочном исследовании распространенности определенных психических расстройств в конкретной популяции (10).

Данный подход оценки уровня психического здоровья отражает взгляд на здоровье как отсутствие болезней и их симптомов, и в большей степени соответствует биомедицинской модели здоровья. Однако, современное состояние индивидуального и общественного здоровья, степень развития социальных отношений и уровень научных достижений настоятельно диктуют потребность расширения привычного понимания категории «здоровье», что предусматривает комплексный междисциплинарный характер изучения психического здоровья человека с позиций как естественных, так и гуманитарных наук, в числе которых одну из важнейших ролей играет психология (12).

Востребованность психологического подхода в оценке психического здоровья населения через использование специальных диагностических шкал и опросников обусловлена рядом причин. Во-первых, возможностью более глубокой дифференциальной диагностики психопатологических состояний, протекающих со схожей клинической симптоматикой, но имеющих важные различия в психологической картине нарушений. Во-вторых, применение личностных опросников позволяет не только выявлять

стержневые структуры личности, играющие ключевую роль в ее психической дезадаптации, но и определять мишени для психотерапевтической работы. В-третьих, наличие компьютерных версий методик и массивов популяционных данных дает реальные возможности для осуществления скрининговых исследований состояния психического здоровья населения в различных регионах страны.

Вместе с тем, поликультуральная ситуация в современной России такова, что применение в этнически разнородных территориях апробированных и адаптированных к особенностям общероссийских условий психодиагностических методик далеко не исключает получения данных, трудно сопоставимых в клинике с нормативными по причине недоучета роли конкретных социокультуральных влияний (1). Именно эти факторы и обуславливают актуальность проведения региональных исследований в области психического здоровья населения. Более того, полученные в ходе них данные могут высветить комплекс этнопсихологических и социокультуральных детерминант, определяющих психическое здоровье населения конкретного региона.

Население Чувашской Республики, согласно данным Всероссийской переписи населения 2002 года, состоит из представителей 97 национальностей девяти этнических групп. Крупнейшими этносами здесь являются чуваша (889,3 тыс. чел. или 67,7% всего населения) и русские (348,5 тыс. чел. или 26,7%) (16). Условия длительного совместного проживания нивелировали многие различия между культурой чувашей и русских, сблизив их. Сегодня многие традиции русской этнической культуры воспринимаются чувашами как свои, часть элементов культуры чувашей усвоена русскими. Не удивительно, что многочисленные исследования психического здоровья в регионе, проведенные на различных группах больных, убедительно свидетельствуют о наличии определенных этнокультурных особенностей в клинике и течении пограничных психических расстройств (9), аффективных нарушений (4), кризисных состояний (8). Именно поэтому научный и практический интерес к сравнительному кросскультуральному изучению

психологических особенностей здоровой личности в связи с уровнем ее психического здоровья представляется вполне оправданным.

### Методика

По основным социодемографическим признакам, характеризующим структуру населения Чувашской Республики, была сформирована группа испытуемых, состоящая из 443 человек в возрасте от 18 до 65 лет. В нее вошли работники промышленности, сельского хозяйства, экономики, предпринимательства и бизнеса, образования, науки и высшей школы, культуры, здравоохранения, транспорта и связи, торговли и бытового обслуживания, служащие государственных и силовых структур, а также учащиеся, студенты и неработающие. Все испытуемые в момент исследования находились вне лечебных учреждений, не имели определенных жалоб на состояние здоровья и по клиническим критериям не относились к категории больных психическими и поведенческими расстройствами.

С целью выявления особенностей психической деятельности испытуемым были предложены для самостоятельного заполнения три стандартизованные психодиагностические методики, нашедшие широкое применение в клинической практике.

Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur Test von G.Ammon, ISTA) представляет собой инструмент для исследования личностных функций и состоит из 220 утверждений, которые затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях. Конструкция теста отражает психодинамические представления о структуре и особенностях развития центральных Я-функций. Показатели результируются в 18 шкалах, объединенных в шесть отдельных блоков, каждый из которых характеризует деятельность одной из центральных Я-функций: агрессии, тревоги-страха, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности. Каждая из Я-функций описывается шкалами, позволяющими оценить степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих данных личностных образований (17).

Методика оценки психического здоровья (МОПЗ) принадлежит к системе психодиагностических шкал, позволяющих интегрально оценивать базисные показатели психического здоровья через определение уровня конструктивно-адаптационных ресурсов личности, выраженность психопатологической симптоматики, психической активности, а также их соотношение в производных индексах. В качестве материала для сбора первичной информации в этой методике используется ISTA. Специальные индексы на основе интегральных шкал конструктивности, деструктивности и дефицитарности позволяют соотнести величину адаптационных возможностей, выраженность психопатологической стигматизации и степень психической реализованности личности (6).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) предназначен для оценки степени выраженности психопатологических проявлений у больных и здоровых. Ответы на 90 пунктов интерпретируются по основным шкалам симптомов: соматизации, обсессивно-компульсивных нарушений, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотических нарушений. Обобщенные шкалы и общий индекс тяжести симптомов позволяют более гибко оценивать психопатологический статус испытуемого (15).

В качестве сравнительных нормативных данных использовались результаты аналогичных общероссийских исследований психически здоровых лиц, проведенных ранее и опубликованных в литературе (13, 15).

Степень обоснованности и достоверности результатов исследования подтверждена статистической обработкой полученных данных на основе программных систем Microsoft Excel 2002 и Statistica for Windows (версия 6.0). Применялись методы описательной статистики (расчет среднего значения и стандартного отклонения). Достоверность различий сравниваемых показателей оценивалась с помощью *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок. Проводился корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов корреляции Пирсона. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ( $p < 0,05$ ) (11, 14).

### Результаты и их обсуждение

Одной из наиболее распространенных психологических методик, используемых в оценке уровня психического здоровья, является Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90. Как видно из результатов, представленных в табл. 1, большинство данных, полученных в здоровой популяции в Чувашии, достоверно отличается от аналогичных значений группы здоровых студентов, приводимых Н.В.Тарабриной (15) и рассматриваемых здесь в качестве нормативной группы сравнения. Причем, в чувашской группе высокий уровень значимости различий ( $p < 0,001$ ) отмечен для восьми шкал. Несколько меньше различия по показателям шкал «враждебность» и «дополнительные вопросы». Различия по шкале «соматизация» в двух нормативных группах отсутствуют.

Проводя сопоставительный анализ результатов двух нормативных групп, можно констатировать, что для испытуемых – жителей Чувашии характерна меньшая общая выраженность психопатологической симптоматики, которая складывается из жалоб на навязчивые мысли, импульсы, действия, дискомфорт в общении, тревогу, страхи, сниженное настроение, агрессивность, подозрительность, психотические проявления, нарушения сна, аппетита, других симптомов. В то же время, уровень ощущения телесного неблагополучия, связанный с нали-

**Сравнение средних значений шкал SCL-90, полученных в здоровой популяции в Чувашии, с нормативными показателями по данным литературы**

Наименование шкалы	Обозначение шкалы	Показатели нормативной группы в Чувашии (n=416)		Нормативные показатели по данным литературы (n=500)		Достоверность различий по Стьуденту	
		Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	t-критерий	Уровень значимости p
Соматизация	SOM	0,57	0,47	0,55	0,46	0,65	0,517
Обсессивно-компульсивные симптомы	O-C	0,50	0,42	0,78	0,54	-8,63	<0,001
Межличностная сензитивность	INT	0,50	0,43	0,95	0,65	-12,09	<0,001
Депрессия	DEP	0,46	0,43	0,72	0,55	-7,85	<0,001
Тревожность	ANX	0,43	0,37	0,58	0,53	-4,87	<0,001
Враждебность	HOS	0,59	0,76	0,74	0,65	-3,22	0,001
Фобическая тревожность	PHOB	0,24	0,31	0,32	0,37	-3,50	<0,001
Паранойальные симптомы	PAR	0,43	0,41	0,73	0,59	-8,76	<0,001
Психотизм	PSY	0,30	0,35	0,44	0,45	-5,18	<0,001
Общий индекс тяжести	GSI	0,43	0,33	0,64	0,43	-8,16	<0,001
Дополнительные вопросы	ADD	0,61	0,51	0,54	0,49	2,11	0,04

Примечания: нормативные показатели по данным литературы приводятся по (15).

чием психологических проблем или соматических заболеваний, у испытуемых из Чувашии статистически не отличается от аналогичного уровня по данным Н.В.Тарабриной (15).

Что может лежать в основе описанных различий? Можно ли, опираясь на приведенные данные, утверждать, что общий уровень психического здоровья населения Чувашии выше? Конечно же, нет. Объяснение подобной низкой выраженности, «стусеванности» психопатологической симптоматики у жителей Чувашии следует искать в особенностях их психического склада.

Для чувашей, а потому и для большей части всего населения республики, характерны, с одной стороны, эмоциональная сдержанность, граничащая с алекситимией, строгий контроль импульсов, привычная переносимость высоких физических и психологических нагрузок, с другой стороны – тенденция к неосознаваемому преуменьшению тяжести своего состояния, к своеобразной диссимуляции, особенно в процессе общения с посторонними (2). По нашему мнению, данный стиль поведения в ситуации психологического исследования может приводить к заведомо более позитивной оценке испытуемым своего состояния, в особенности при массовых исследованиях.

Что же касается уровня соматизации у жителей Чувашии, то он, даже с учетом описанного выше стиля более позитивного восприятия собственного состояния, несомненно отражает ее более высокие реальные значения, что находит подтверждение и в повышенном уровне шкалы ADD, и в традиционных представлениях чувашей о единстве понятия здоровья и неприятии его разделения на психическую и соматическую составляющие (12).

Проведенное в рамках данной работы изучение усредненных показателей личностного профиля 308

здоровых испытуемых Чувашии с помощью адаптированного и апробированного в России Я-структурного теста Аммона (ISTA) выявило наличие определенной культуральной специфики. Вывод подобного рода становится очевидным в ходе сравнительного анализа показателей двух нормативных групп – чувашской и общероссийской (табл. 2).

Так, уже поверхностный анализ показывает, что статистически достоверные различия между двумя группами определяются по 12 шкалам из 18 возможных. Наиболее полное несоответствие можно констатировать по функциям страха и внешнего Я-отграничения, все три формы проявления которых (конструктивная, деструктивная и дефицитарная) имеют более высокие или более низкие значения. Динамика функций агрессии и внутреннего Я-отграничения у испытуемых чувашской выборки в некоторой своей части имеет ту же направленность, что и у испытуемых общероссийской выборки. Большую степень сходства между двумя группами можно отметить только в области нарциссизма и сексуальности.

Давая по результатам использования методики ISTA обобщенную характеристику испытуемых нормативной группы в Чувашии, можно подчеркнуть, что все полученные показатели не выходят за пределы нормативного диапазона 40–60 Т-баллов, а потому не свидетельствуют о личностном дисбалансе. В то же время, соотношение шкал ISTA имеет определенные различия, которые могут свидетельствовать о наличии социокультуральных особенностей здорового населения республики.

Прежде всего, обращает на себя внимание сниженный уровень конструктивной (A1) и повышенный уровень деструктивной агрессии (A2), что отражает такие тенденции, как невысокая активность, отсутствие потребности к изменению жизненных

**Сравнение средних значений шкал ISTA, полученных в здоровой популяции в Чувашии, с нормативными показателями по данным литературы**

Наименование шкалы	Обозначение шкалы	Показатели нормативной группы в Чувашии (n=308)		Нормативные показатели по данным литературы (n=1000)		Достоверность различий по Стьуденту	
		Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	t-критерий	Уровень значимости p
Агрессия конструктивная	A1	8,48	2,85	9,58	2,22	-7,08	<0,001
Агрессия деструктивная	A2	5,39	2,92	4,29	3,00	5,66	<0,001
Агрессия дефицитарная	A3	3,89	2,30	3,89	2,06	0,00	1,00
Страх конструктивный	C1	7,24	2,31	8,28	2,21	-7,14	<0,001
Страх деструктивный	C2	2,61	2,71	1,62	1,98	6,99	<0,001
Страх дефицитарный	C3	3,46	2,31	3,87	2,20	-2,83	0,005
Внешнее Я-отграничение конструктивное	O1	8,06	2,15	8,59	2,23	-3,68	<0,001
Внешнее Я-отграничение деструктивное	O2	3,46	2,31	4,16	1,65	-5,88	<0,001
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	O3	4,54	2,50	3,54	2,23	6,68	<0,001
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	O'1	8,96	2,40	9,83	2,06	-6,23	<0,001
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	O'2	3,61	2,36	3,72	1,65	-0,92	0,36
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	O'3	5,17	2,62	4,77	2,49	2,44	0,02
Нарциссизм конструктивный	H1	8,65	2,40	8,86	2,08	-1,49	0,14
Нарциссизм деструктивный	H2	3,37	2,52	3,47	1,98	-0,72	0,47
Нарциссизм дефицитарный	H3	2,85	2,62	2,48	2,03	2,60	0,01
Сексуальность конструктивная	Se1	8,37	2,92	8,53	2,86	-0,85	0,39
Сексуальность деструктивная	Se2	4,48	2,39	4,33	2,58	0,91	0,36
Сексуальность дефицитарная	Se3	2,26	2,09	2,97	2,14	-5,12	<0,001

Примечания: нормативные показатели по данным литературы приводятся по (13).

условий и нежелание «экспериментировать», склонность к избеганию конфронтационных ситуаций, не всегда сопровождающуюся адекватным отреагированием эмоциональных переживаний.

Некоторая доля ригидности в межличностных отношениях и социальная неприемлемость реализации гетероагрессивных импульсов могут в крайних случаях создавать условия для формирования аутоагрессивного поведения. Повышение уровня деструктивного (C2) и снижение уровней конструктивного (C1) и дефицитарного страха (C3) проявляются в чувашской выборке тенденцией к недостаточной гибкости эмоциональной регуляции поведения. Реальные страхи здесь могут смешиваться с ирреальными, за счет чего возможна переоценка степени опасности ситуации. Следствием чаще всего бывают нерешительность, робость, стеснительность, аспонтанность. Нередки интенсивные физические реакции тревоги в виде учащения сердцебиения, повышения потоотделения, головных болей, головокружения.

Истоки такого реагирования чаще кроются в особенностях семейной среды, которая передает от родителей к детям стереотипы сдержанного и настороженного отношения к миру, воспринимаемо-

му как таящий в себе множество неожиданностей и опасностей.

Соотношение шкал внешнего Я-отграничения в чувашской выборке в отличие от общероссийской характеризуется некоторым снижением уровней конструктивности (O1) и деструктивности (O2) при одновременном повышении уровня дефицитарности (O3). Данный участок профиля вернее всего свидетельствует о гиперсоциальной направленности личностных черт испытуемых. Наиболее приемлемой формой адаптации в обществе для них являются: конформность, ориентация на групповые нормы и ценности, идентификация с интересами и потребностями своего социального окружения. Крайние варианты подобной проницаемости внешней границы личности могут проявляться ощущениями собственной слабости, зависимости, незащищенности.

Существенным признаком состояния сферы внутреннего Я-отграничения в чувашской группе является повышение выраженности дефицитарности (O'3) и снижение – конструктивности (O'1). Предпосылки развития соответствующих им личностных черт – жесткого контроля эмоциональных проявлений, низкой способности к дифференци-



ции собственных чувств и телесных ощущений – зачастую лежат в системе детско-родительских отношений, когда в семье больше внимания уделяется нормативному исполнению социально значимых ролей, а не удовлетворению актуальных, в том числе эмоциональных потребностей ее членов.

Область статистически значимых различий между чувашской и общероссийской выборкой также затрагивает сферу нарциссизма. Повышенный уровень его дефицитарных проявлений (НЗ) дает важную информацию об основных тенденциях самоотношения испытуемых. В соответствии с полученными данными, можно сказать, что для испытуемых чувашской выборки более характерны: зависимость, низкая переносимость одиночества, низкая самооценка. Они меньше склонны к конфликтам или критике окружающих, чаще стремятся отвечать потребностям других, нежели удовлетворять свои собственные, что можно обозначить как высокую степень идентификации с нормами и ценностями своего социального окружения.

Уровень дефицитарной сексуальности (Се3), достоверно более низкий в Чувашии и сопровождающийся отсутствием различий по конструктивной (Се1) и деструктивной (Се2) шкалам, подтверждает достаточную степень ее развития и сбалансированности в обеих нормативных группах.

В соответствии с современными взглядами на психическое здоровье оно характеризуется не только наличием или отсутствием психических и поведенческих расстройств, но и реализацией возможностей по адаптации к оптимальному функционированию в окружающей среде. В связи с этим, необходимым условием оценки психического здоровья является как выявление и определение выра-

женности психопатологической симптоматики, так и установление уровня ресурсов психической адаптации личности.

Интегративно оценить важнейшие показатели психического здоровья позволяет система психодиагностических шкал «Методика оценки психического здоровья» (МОПЗ). Ее применение на группе здоровых испытуемых, репрезентативно представляющих население Чувашии, сделало возможным проведение кросскультурального анализа показателей психического здоровья и определение его нормативных показателей для населения республики.

Так, групповые оценки психического здоровья испытуемых чувашской выборки ( $T_{\alpha}$  и  $T_{\beta}$ ) находятся в нормативном интервале от  $-10$  до  $+10$  (табл. 3), что свидетельствует о сбалансированности психоэмоциональных проявлений, ресурсов психической адаптации и реализации психического потенциала. В то же время, как видно из табл. 4, для чувашской выборки, в отличие от общероссийской, характерно иное соотношение интегральных шкал и индексов, оценивающих психическое здоровье.

К примеру, здесь определяется достоверное снижение конструктивных показателей (А), отражающих более низкие значения способности противостоять неблагоприятным обстоятельствам, отстаивать собственные жизненные позиции, сохраняя значимые межличностные отношения, что традиционно считается важным при оценке адаптационного ресурса личности. С другой стороны, в данной выборке отмечается значимое повышение показателей шкал деструктивности (В) и дефицитарности (С), содержательной стороной которых являются те или иные психопатологические проявления, ощущение нераскрытости, нереализованности лич-

Таблица 3

**Сравнение средних «сырых» и средних шкальных оценок индексов  $\alpha$  и  $\beta$  МОПЗ, полученных в здоровой популяции в Чувашии, с нормативными показателями по данным литературы**

Нормативные группы	n	Индекс $\alpha$		Индекс $\beta$		Шкальная групповая оценка Т	
		Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	$T_{\alpha}$	$T_{\beta}$
Чувашская выборка	308	27,87	16,84	27,52	18,46	-3,92	-3,95
Выборка по данным литературы	828	33,20	13,60	33,40	14,90	0	0

Примечания: нормативные показатели по данным литературы здесь и в следующей таблице приводятся по (13).

Таблица 4

**Сравнение средних значений шкал МОПЗ, полученных в здоровой популяции в Чувашии, с нормативными показателями по данным литературы**

Наименование интегральных шкал и индексов	Обозначение шкалы	Показатели нормативной группы в Чувашии (n=308)		Нормативные показатели по данным литературы (n=828)		Достоверность различий по Стьуденту	
		Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	t-критерий	Уровень значимости р
Шкала конструктивности	А	50,25	11,09	53,80	8,80	-5,61	<0,001
Шкала деструктивности	В	22,43	9,80	20,60	8,70	3,04	0,002
Шкала дефицитарности	С	22,50	10,27	20,30	9,20	3,47	<0,001
Индекс $\alpha$	$\alpha$	27,87	16,84	33,20	13,60	-5,67	<0,001
Индекс $\beta$	$\beta$	27,52	18,46	33,40	14,90	-5,71	<0,001

ности, стремление функционировать на минимуме возможностей.

Сравнение величины адаптационных возможностей, выраженности психопатологической стигматизации и степени психической реализованности дает у испытуемых чувашской выборки более низкие значения индекса  $\alpha$  и индекса  $\beta$ , которые свидетельствуют как о соотношении имеющихся адаптационных ресурсов и выраженности психопатологических проявлений, так и о соотношении адаптационного потенциала и уровня психической активности личности, соответственно.

Корреляционный анализ, проведенный между показателями шкал МОПЗ и SCL-90 (табл. 5), а также ISTA и SCL-90 (табл. 6), показывает различия в психологических характеристиках, отражающие состояние психического здоровья здоровых испытуемых чувашской выборки.

Согласно полученным результатам (табл. 5), возможность дестабилизации психического состояния здоровых связана, прежде всего, со снижением уровня их психической активности ( $r=0,166$ ;  $p=0,005$ ). Наряду с этим, именно депрессивные симптомы играют определяющую роль и в процессе психической адаптации личности, снижая ее ( $r=-0,163$ ;  $p=0,006$ ), и в структуре психического состояния личности ( $r=0,165$ ;  $p=0,006$ ), ухудшая его за счет снижения общей активности ( $r=0,148$ ;  $p=0,013$ ) и проявлений обсессивно-компульсивного спектра ( $r=0,189$ ;  $p=0,002$ ), часто носящих фобическое содержание ( $r=0,148$ ;  $p=0,013$ ).

В то же время, интенсивные ощущения неполноценности и негативное самопринятие ( $r=-0,167$ ;  $p=0,004$ ) на фоне снижения способности к адекватному восприятию и вербализации собственных чувств и болезненных ощущений ( $r=-0,188$ ;  $p=0,002$ ) могут приводить к появлению деструктивных гетеро- и аутоагрессивных тенденций ( $r=0,198$ ;  $p=0,001$ ).

Наибольшее количество достоверных взаимосвязей психопатологических симптомов со структур-

ной организацией личности испытуемых установлено по функциям нарциссизма (Н1, Н2, Н3) и страха (С1, С2, С3), что можно расценивать как зону наименьшего сопротивления в психическом складе личности. В соответствии с чем, вполне реально прогнозировать увеличение риска психических нарушений у здоровых лиц при снижении выраженности адекватного самоотношения и конструктивности тревоги.

Более редкая, но не менее значимая нагрузка приходится на функции внутреннего (О'1, О'2, О'3) и внешнего Я-отграничения (О1, О2, О3), отражающие способность к гибкости в отношениях с окружающим миром и полноту познания собственной личности, без чего риск психической дезадаптации также возрастает.

С другой стороны, у здоровых испытуемых при личностной дезадаптации четко определяются наиболее вероятные варианты развития психопатологической симптоматики. Это, прежде всего, депрессивные нарушения (DEP), затем – нарушения межличностного взаимодействия (INT) и нарастание враждебности (HOS). Реже возможно появление тревоги и страхов (PHOB), навязчивостей и импульсивности поведения (O-C), других симптомов.

Характерной особенностью изучаемых взаимосвязей является отсутствие значимых корреляций по шкалам соматизации (SOM) и психотизма (PSY). На наш взгляд, это может свидетельствовать о том, что жалобы соматического характера в группе здоровых испытуемых не являются примером физической трансформации психологических проблем, а, скорее, отражают реальные незначительно выраженные соматические симптомы. Отсутствие связей с уровнем психотизма у испытуемых также вполне объяснимо, если принять во внимание его общие невысокие значения (табл. 1), а также один из основных критериев формирования группы здоровых испытуемых – отсутствие психических нарушений.

Таблица 5

Корреляционные взаимосвязи показателей шкал SCL-90 и МОПЗ, полученные в здоровой популяции в Чувашии (n= 281)

Шкалы и индексы МОПЗ	Шкалы SCL-90										
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	ADD
A	-	-	-	-0,163 0,006	-	-0,148 0,013	-	-	-	-	-
B	-	0,189 0,002	-	0,165 0,006	-	-	-	-	-	-	-
C	-	-	-	0,148 0,013	-	-	0,148 0,013	-	-	0,166 0,005	0,186 0,002
$\alpha$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,154 0,010	0,141 0,018
$\beta$	-	-0,153 0,010	-	-0,197 0,001	-	-	-0,186 0,002	-	-	-	-

Примечания: здесь и в следующей таблице знак «-» обозначает отсутствие значимых корреляционных взаимосвязей; численные значения в ячейках соответствуют: верхнее – коэффициенту корреляции  $r$ , нижнее – уровню значимости  $p$ .

Корреляционные взаимосвязи показателей шкал SCL-90 и ISTA, полученные в здоровой популяции в Чувашии (n=281)

Шкалы ISTA	Шкалы SCL-90										
	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	ADD
A1	-	-	-	-	-	-0,149 0,012	-	-	-	-	-0,141 0,018
A2	-	-	-	-	-	-	0,141 0,018	-	-	0,198 0,001	-
A3	-	0,141 0,018	-	-	-	-	-	-	-	-	0,140 0,019
C1	-	-0,163 0,006	-0,225 <0,001	-0,165 0,006	-	-0,153 0,010	-	-0,165 0,006	-	-	-0,145 0,014
C2	-	0,140 0,019	0,239 <0,001	0,148 0,013	-	0,264 <0,001	0,157 0,009	-	-	0,152 0,011	0,145 0,014
C3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O1	-	-	-	-0,194 0,001	-	0,142 0,017	-	-	-	-	-0,147 0,013
O2	-	-	0,143 0,015	0,198 0,001	-	-	-	-	-	-	0,149 0,011
O3	-	-	0,206 0,001	0,145 0,014	-	-	-	-	-	-	-
O'1	-	-	-0,154 0,010	-0,151 0,012	-0,143 0,015	-	-	0,239 0,001	-	-0,188 0,002	-0,154 0,010
O'2	-	-	0,166 0,005	-	-	-	0,186 0,002	-	-	-	-
O'3	-	-	-	-	-	0,140 0,019	-	-	-	-	-
H1	-	-	-0,285 <0,001	-0,323 <0,001	-0,186 0,002	-0,197 0,001	-0,142 0,016	-	-	-0,271 <0,001	-0,329 <0,001
H2	-	-	-	0,152 0,011	-	0,251 <0,001	-	-	-	-	0,167 0,004
H3	-	0,347 <0,001	0,194 0,001	0,148 0,013	-	-	0,304 <0,001	-	-	0,392 <0,001	-
Ce1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ce2	-	-	-	-	-	0,204 0,001	0,263 <0,001	0,184 0,003	-	0,140 0,020	-
Ce3	-	0,193 0,001	-	-	-	-	-	-	-	-	-

### Выводы

Таким образом, результаты проведенного сравнительного психологического исследования здоровой популяции Чувашии свидетельствуют о следующем.

1. Изучаемая выборка населения не только по клиническим критериям формирования группы (отсутствие оформленных психических и поведенческих расстройств), но и по показателям своих психометрических параметров может быть отнесена к категории психически здоровых.

2. Соотношение выраженности адаптационного потенциала, психопатологической симптоматики и уровня психической активности личности находится в тесной связи с ее этнопсихологическими и социокультуральными характеристиками, во многом определяемыми особенностями семейного воспитания.

3. Показатели психодиагностических шкал по методикам SCL-90, ISTA и МОПЗ, полученные в ходе данного исследования, могут рассматриваться в данном регионе в качестве нормативных параметров психического здоровья.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2005.
2. Афанасьев И.Н. Эпоха и личность: формирование и изменение этнического характера. – Чебоксары, 2004.
3. Брутланд Г.Х. Послание Генерального директора // Доклад Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М., 2001. – С. 9–11.
4. Голенков А.В., Николаев Е.Л., Калинина Е.В. Клинические и этнокультуральные факторы низкой выявляемости маниакально-депрессивного психоза в Чувашии // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». – М., 2003. – С. 38–39.
5. Гурвич И.Н. Социальное здоровье // Психология здоровья / Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – С. 143–175.
6. Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения

ния / Ю.Я.Тупицын, В.В.Бочаров, Б.В.Иовлев, С.П.Жук (ред.). – СПб., 2000.

7. Катков А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях: Теоретические, организационные и экономические аспекты. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1999.

8. Кисапова Н.В., Васильева И.Ю. Этнопсихологические особенности личности в ситуации кризиса у русских и чувашей // Материалы научно-практической конференции «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии». – Чебоксары, 2004. – С. 97–99.

9. Козлов А.Б. Этнокультуральные особенности распространенности и клиники невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2001.

10. Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Казахстан. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2000.

11. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. – СПб.: Речь, 2004.

12. Николаев Е.Л. Социокультуральные детерминанты психического здоровья. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005.

13. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М.Кабанова, Н.Г.Незнанова. – СПб.: Ин-т им. В.М.Бехтерева, 2003.

14. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2000.

15. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.

16. Численность населения Чувашской Республики по данным Всероссийской переписи населения 2002 года: Стат. Сборник. – Чебоксары: Комитет по статистике Чувашской Республики, 2004.

17. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне / Ю.Я.Тупицын, В.В.Бочаров, Т.В.Алхазова, Е.В.Бродская (ред.). – СПб., 1998.

## PSYCHOLOGICAL APPROACH TOWARDS EVALUATION OF PUBLIC MENTAL HEALTH

E. L. Nikolaev

The author studied the personality and mental functioning parameters of 443 healthy persons in Chuvashia by means of clinical method and psychological instruments SCL-90, ISTA and MOPZ. For comparison, he used the data of similar national surveys. Psychometric parameters of the sample studied correspond to the mental health level. The paper

discusses the relationship between the adaptation potential, psychopathological symptoms, level of mental functioning and ethnopsychological and sociocultural characteristics associated with familial rearing practice. The indicators of psychodiagnostic testing are recommended as standard mental health indicators for this region.