

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
СТАВРОПОЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**Боев И.В.**

**ЖЕРТВЫ ТЕРРОРИЗМА  
(психология, психопатология и терапия)**

**Монография для преподавателей и студентов высших учебных  
заведений, врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов,  
клинических психологов, социологов**

**Ставрополь**

**2003г.**

УДК 615.851→159.96:616.89-008.19

## **ЖЕРТВЫ ТЕРРОРИЗМА (психология, психопатология и терапия)**

Пособие для врачей и клинических психологов – Ставрополь: изд. – СГМА, 2003г.

Рецензенты:

### **Попов Ю.В.**

Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор

### **Литвинцев**

доктор медицинских наук, профессор

### **Сосновский Б.А.**

доктор психологических наук, профессор

Террористические действия с захватом в заложники больших групп населения, взрывы в местах скопления значительного количества людей, целенаправленные авиакатастрофы (США, Таиланд, Перу, Великобритания...) к сожалению, стали неотъемлемой частью локальных и гражданских войн в разных странах и регионах мира, в том числе и в Южном федеральном округе России (г. Буденновск, Кизляр, Пятигорск - дважды, Минеральные Воды, Ессентуки, Армавир, Волгодонск, Каспийск). Терроризм относится к событиям, которые располагаются вне сферы обыденного сознания человека и вне общечеловеческой культуры, что позволяет его отнести к чрезвычайным ситуациям. Настоящее пособие составлено на основании анализа невротических и соматоформных расстройств, личностных и поведенческих декомпенсаций у заложников. Предлагаемые технологии позволяют предупредить развитие в дальнейшем у пострадавших посттравматических стрессовых расстройств; повысить толерантность личности к деструктивному воздействию социально-стрессовых информационных факторов.

Представляемые медико-психологические технологии защищены 2 патентами на изобретения Российской Федерации.

Медико-психологические технологии реабилитации жертв терроризма и насилия удостоены диплома и золотой медали в 2003 году на III Международной выставке инноваций и инвестиций в г. Москве; диплома лауреата на Международной выставке в Германии (Ганновер).

Автор:

Главный психотерапевт МЗ Ставропольского края,

заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФПО,  
директор Клиники пограничных состояний СГМА,

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор **И.В. Боев**

© Боев И.В., 2003

© Клиника пограничных состояний СтГМА, 2003

### **Аннотация**

Работа выполнена на кафедре психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФПО, Клинике пограничных состояний Ставропольской государственной медицинской академии.

Материалы основаны на клинко-психопатологическом и патопсихологическом обследовании 904 заложников, захваченных и удерживаемых в течение пяти дней в роддоме г. Буденновска бандой террористов в 1995 году.

Впервые с позиции конституциональной медицины, психиатрии и концепции аномальной личностной изменчивости были рассмотрены психологические и психопатологические реакции у жертв терроризма. Представлены феноменологические характеристики реакций, в зависимости от принадлежности пострадавших к конкретному диапазону конституционально-континуального личностного пространства: диапазон психологической нормы-акцентуации личности, диапазон пограничной аномальной личности, диапазон патологической психической конституции (психопатии). В зависимости от места расположения пострадавших в конституциональном личностном континууме определен прогноз развития и трансформации психологических реакций в психопатологические, стойкость и выраженность признаков посттравматических стрессовых расстройств в отдаленном периоде.

## ***1. Теоретическое обоснование взаимоотношений конституционально-психотипологических основ личности и характера психотравмирующей ситуации как условий возникновения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у жертв терроризма***

Тема насилия – грубейшего нарушения прав и свобод человека – находится в центре внутривнутриполитических, международных и научных дискуссий. Проблема посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у лиц, переживших острый информационный стресс в виде терроризма, с каждым днем становится все более актуальной, так как во всем мире и в России, в том числе, сохраняется много тлеющих очагов ведения военных действий, скоротечных локальных войн, межэтнических конфликтов, сопровождающихся появлением социально-психологических феноменов, которые угрожают жизни не только отдельного человека, но и популяции в целом.

Терроризм, заложничество, приобретая угрожающие размахи, становятся социальной реальностью нашей страны. Остро возникающая жизнеопасная ситуация в виде массового заложничества длится не часы, а дни, иногда недели. Однако существует еще более циничное и более маскированное социальное заложничество, когда целые социальные группы (сотни, тысячи) людей, проживающих в отдельных территориальных регионах, превращаются в заложников, у которых формируется специфическая психология. Эта психология становится социально доминирующей, видоизменяя биологическую, психологическую и духовную сферу личности. Корнем этой проблемы является интенсивный информационно-психологический стресс, приводящий к специфическим изменениям личности [Боев И.В., 1995, 2000]. Последствия для личности прямого терроризма в отдельных населенных пунктах (Буденновск, Первомайское, Кизляр, Пятигорск, Невинномысск, Буйнакск, Волгодонск, Москва), и опосредованного социально-территориального терроризма, которые антигуманны по своей сущности, мы не имеем права игнорировать в процессе медико-психологических, социально-психологических и медико-социальных исследований.

В этих условиях столкновение значимых отношений личности [Мясищев В.М, 1961] с несовместимой с ними жизненной экстремальной ситуацией, приводящей к разрушению ведущих отношений личности, является тем внешним фактором, по С.Л.Рубинштейну, который преломляясь через внутренние факторы, в виде конституционально-биологических основ личности, создает условия для формирования посттравматических стрессовых расстройств. Важность понимания роли внутренних и внешних условий и их взаимоотношений для формирования ПТСР необходимо для того, чтобы объяснить, почему в различных субпопуляциях заложников ПТСР либо не возникают, либо

формируются с разной степенью выраженности, с большей или меньшей вероятностью трансформируясь в патологические личностные и поведенческие нарушения, сохраняясь на синдромальном уровне, или же, подвергаясь обратному развитию.

Что преобладает у конкретной личности – внешняя или внутренняя детерминация? Что первично: психотравма, экстремальная ситуация, являющиеся ведущим этиологическим фактором в формировании ПТСР или же - конституционально-психотипологические личностные особенности? Существует и третья постановка вопроса о том, что ПТСР вызывается взаимодействием психобиологических основ личности с информационно-стрессовым характером социальной психотравмы. Нельзя забывать о том, что мы диагностируем, оказываем психологическую помощь и лечим не больного с ишемической болезнью сердца или гастроэнтероколитом, а, в первую очередь, - Личность, страдающую тем или иным заболеванием, переживающую те или иные, в частности, посттравматические стрессовые расстройства. Личность как интегральная психобиосоциальная индивидуальность, целиком реагирует в ответ на острый информационный стресс [Мерлин В.С., 1986, Белоус В.В., 1999]. С точки зрения упомянутых исследователей «...закономерности низшего уровня индивидуальности выполняют специфическую роль в детерминации свойств высшего уровня», что позволяет предполагать наличие жестких взаимосвязей между конституционально-типологическими, психотипологическими особенностями личности и способом переработки информационного стресса типа терроризма.

Анализ литературы показал, что вслед за выделением в МКБ-10 клинической формы ПТСР возникает тенденция узкой трактовки названных состояний без учета специфики психотравмирующего фактора, в частности, остается неясным вопрос, касающийся изучения ПТСР, развивающихся у людей, перенесших ситуацию заложничества в результате массового террористического акта. Многообразие клинических, психологических и психопатологических проявлений у различных личностей в экстремальной ситуации либо игнорируется, либо сводится лишь к негативным характеристикам, представленным в виде некоего описательного перечня общих для всех психических реакций. Игнорирование структуры личности проявляется не только в описательном характере трактовок, но и в сведении ПТСР, по сути, к аффективно-паническим реакциям и обсессивно-фобическим расстройствам. Феноменологические представления о психологических и психопатологических реакций у лиц с признаками посттравматических стрессовых расстройств, оказавшихся в результате массового теракта заложниками, являются единичными, неполными и разрозненными.

Объяснение условий и специфики формирования ПТСР без учета влияния личности представляется нам малопродуктивным. Под влиянием одинаковой острой стрессовой ситуации каждый индивид обладает особым психотипическим набором характеристик, создающих неповторимый образ личности. Чтобы психотравмирующий фактор стал патогенным для того или иного субъекта, должны быть предрасполагающие конституционально-типологические особенности личности. «Сплав» наследственно-конституциональных личностных особенностей и внешних средовых факторов, когда последние преломляются через внутренние факторы, представляет собой основу, на которой формируются острые психологические переживания, трансформирующиеся в посттравматические стрессовые расстройства или любые иные пограничные психические расстройства (ППР). Подобный патокинез от психологических личностных переживаний к психопатологическим представляет собой то самое «психическое как живой процесс» с точки зрения А.В. Брушлинского.

**Основная суть нашей гипотезы заключается в предположении о том, что сила, содержание, длительность психологических и психофизиологических реакций, психопатологических переживаний, личностных и поведенческих нарушений, их трансформации в более сложные структуры в рамках нормы или патологии зависит от места расположения испытуемого в конституционально-континуальном личностном пространстве.**

Работами И.В. Боева [1984-2003], О.А. Ахвердовой [1990-2003], сформирована концепция пограничной аномальной личности (ПАЛ), выделившая статистически вероятностный диапазон, располагающийся между психологической нормой — акцентуированными личностями и различной степенью выраженности патологическими психическими конституциями (диапазон психопатий).

С точки зрения предлагаемой концепции, акцентуанты обладают достаточными адаптационными, компенсаторными, резервными возможностями, поэтому функционирование индивидуального барьера адаптации в рамках психической и психологической нормы достаточно надежно и прочно. Природа позаботилась об акцентуантах, наградив их различными способностями, которые расширяют, укрепляют индивидуальный барьер психической и психологической адаптации. Кроме этого, акцентуанты обладают достаточной толерантностью к внешним средовым факторам — экологическим, социальным, стрессовым. Требуется интенсивные патогенные усилия, чтобы добиться прорыва индивидуального барьера психической и психологической адаптации. У акцентуантов достаточно гармоничные взаимоотношения внутри многоуровневой системы модели человека, что позволяет им сохранять более или менее постоянный общий и локальный гомеостаз биохимической, нейрохимической, нейроэндокринной, иммунологической, психофизиологической, психологической и других систем. Именно благодаря этому, акцентуанты, как вариант психологической нормы, отличаются надежной и стабильной социально-психологической адаптацией, а широкий диапазон "нормы-реакции" обеспечивает необходимый уровень компенсаторных возможностей, когда резервные затраты оптимальны, соответствуют силе и индивидуальной значимости внешних патогенных факторов.

Пограничная аномальная личность (ПАЛ) характеризуется взаимосочетанием черт характера и личности, которое определяет ведущие психотипологические особенности конкретного или смешанного психотипов, имеющих устойчивую конституциональную детерминированность. Взаимоотношение личностных и характерологических особенностей таково, что у представителей ПАЛ характерологические черты доминируют над личностными, что выражается формулой преобладания «хочу над надо». В противоположность этому у акцентуантов аналогичное взаимоотношение определяется формулой «надо над хочу». Функционирование индивидуального барьера психологической и психической адаптации представителей диапазона ПАЛ отличается отсутствием стабильности, неполноценностью и дисгармоничностью психобиологического резерва личности, что объясняется конституционально-психотипологической предрасположенностью личности. Конституционально-психотипологическая предрасположенность подразумевает слабость компенсаторных и адаптационных механизмов, которые не в состоянии постоянно укреплять «места наименьшего сопротивления» в личностно-характерологической структуре субъекта.

Диапазон нормы реакций у акцентуантов доказательно широк, что подтверждает гораздо меньшую конституционально-психотипологическую детерминированность вероятностных личностных аномалий. Акцентуанты в большей степени зависят от

социально-средовых факторов, чем от конституциональных. В то же время у представителей ПАЛ диапазон нормы реакций значительно уже, с преимущественной зависимостью от конституционально-психотипологических факторов, а не от средовых. Детерминированность нормы реакций от конституционально-психотипологической основы у акцентуантов и ПАЛ схематично, условно можно представить в следующем виде:

- у акцентуантов конституциональная обусловленность нормы реакций составляет одну треть, а на две трети имеется зависимость от внешних макро- и микросоциальных факторов;
- у представителей ПАЛ конституциональная зависимость нормы реакций составляет две трети и лишь одна треть приходится на внешние факторы.

Психологическая и личностная толерантность акцентуантов к деструктивному действию внешних факторов достаточно высока в отличие от представителей ПАЛ, толерантность которых значительно ниже. Состояние декомпенсации и признаки аномальной личностной изменчивости наблюдаются у акцентуантов чаще в случае значимой психотравмы или сочетанного воздействия социальных деструктивных факторов на психологическую, биологическую или духовную основы, составляющие триединую сущность личности. Например, значимое социально-стрессовое воздействие, сочетающееся с токсическими или инволюционными или сосудистыми факторами. Банальные социальные стрессоры практически не оказывают патогенного воздействия на личность. В то же время признаки личностной и поведенческой декомпенсации у представителей ПАЛ могут наблюдаться при деструктивном воздействии внешних социально-информационных факторов, которые не соответствуют критериям значимых воздействий с позиции В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского.

Значимые психотравмирующие воздействия, адресованные к месту наименьшего сопротивления у акцентуантов, приводят к напряжению индивидуального барьера психической и психологической адаптации, к перенапряжению компенсаторных механизмов, что повышает вероятность личностно-характерологической и поведенческой аномальной изменчивости в конституционально-континуальном пространстве личности в сторону границ диапазона ПАЛ.

Для ПАЛ в отличие от акцентуантов не требуется патогенетически значимых психотравмирующих ситуаций или иных экзогенных патогенетически обусловленных влияний, чтобы произошел "сдвиг" в сторону проявления личностных, поведенческих девиаций и/или пограничных психических нарушений. Длительные, непрерывные социально нестабильные условия общества или воздействия в микро и малых дозах эколого-химических факторов, в отличие от акцентуантов, повышают вероятность нарастания процесса аномальной изменчивости качественных и количественных психотипологических особенностей в диапазоне ПАЛ и дрейфа в сторону границ диапазона психопатии.

Таким образом, пограничная аномальная личность это особый промежуток выраженности и представленности психотипологических, личностных, психофизиологических, антропологических и психопатологических качественных градаций аномальной личностной изменчивости, отличающихся на системном уровне как от регистра психологической нормы - акцентуации, так и от патологической психической конституции – психопатии, что доказано в ряде кандидатских и докторских диссертаций,

выполненных в Ставропольской государственной медицинской академии и клиническими психологами Ставропольского государственного университета.

У субъектов с признаками конституционально-психотипологической изменчивости, соответствующей диагностическому диапазону пограничной аномальной личности, наблюдаются более или менее значительные затруднения социально-психологической адаптации, ограничены возможности компенсации за счет сужения "нормы-реакции", что не может не сказаться на уровне толерантности к внешним патогенным стрессорам, которая значительно ниже, чем у акцентуантов. В связи с этим индивидуальный барьер психической и психологической адаптации гораздо легче подвергается деструкции, сопровождающейся его "прорывом"; что на психологическом и психическом уровнях проявляется в виде поведенческих, личностных расстройств, а также донозологическими психическими непатологическими нарушениями и ранними клиническими признаками пограничных психических расстройств.

В работах И.В. Боева и его сотрудников (О.А. Ахвердова, К.Р. Амлаев, И.В. Белашева, О.И. Боев, В.Ф. Гнучев, К.С. Гюлушанян, Н.Н. Ерошенко, С.В. Золотарев, А.А. Зубов, А.В. Кочергина, Э.М. Козлова А.П. Коваленко, В.И. Кривоконь, И.В. Кобрянова, Н.В. Куксова, Я.В. Луковка, Э.В. Терещенко, В.В. Уваров, В.А. Шурупов, В.А. Якшин, 1990-2003) показано, что если рассматривать развитие и формирование пограничных психических расстройств, поведенческих и личностных нарушений с позиций конституционально-психотипологической изменчивости, то основным "резервом", из которого берет начало личностная, поведенческая, психосоматическая, невротическая и неврозоподобная патология, является аномальная личностная изменчивость диапазона ПАЛ в конституционально-континуальном пространстве.

Психическое здоровье и психологическая гармоничность в рамках нормы обеспечивается и поддерживается адекватной взаимосвязью и взаимодействием личности, конституции и внешней среды (духовной, социальной, экологической). На уровне пограничной аномальной личности эта взаимосвязь проявляется в виде морфогенофенотипической дисгармонической изменчивости от слабовыраженных девиаций до грубых аномалий, как в поведенческих стереотипах, так и во всем психическом, личностном функционировании, придавая неповторимое своеобразие, присущее конкретному личностному психотипу, или же сглаживая, обедняя личностный рельеф [О.А. Ахвердова, 1998].

Гипотеза настоящего исследования состоит в предположении о том, что именно выраженность вариационной личностной изменчивости, конституционально детерминированной, ответственна за то, как будет преломляться внешний фактор в виде терроризма, заложничества, через внутреннее (конституциональное) содержание личности, какой адаптивностью, толерантностью, компенсаторными возможностями будет обладать личность в отношении острого социально-информационного стрессора.

Определение и всестороннее изучение диапазона, в котором располагается личность, - надежная и валидная дифференциальная диагностика позволяют достаточно точно прогнозировать особенности личностного и поведенческого реагирования в экстремальных условиях. В связи с чем, повышается вероятность адекватного и оптимального выбора психологических, психотерапевтических и психофармакотерапевтических воздействий на субъекта.



Результаты исследований, представленные в настоящем пособии, основываются на собственных эмпирических наблюдениях, клинико-психопатологических, экспериментально-психологических и психофизиологических исследований жертв терроризма (904 чел.) в сопоставлении с лицами, перенесшими банальные информационно-стрессовые воздействия и значимые психотравмирующие ситуации. Использовались методы клинической диагностики: наблюдение, беседа, анализ истории жизни и болезни; личностные и клинические опросники и тесты (клинический опросник для выявления и оценки невротического состояния [Менделевич Д.М., Яхин К.К., 1978], методика определения уровня невротизации и психопатизации [Бажин Е.Ф. в соавт., 1976; Ласко И.Б., 1980], личностный опросник Айзенка (EPI), шкала тревоги [Teulor J., 1953]), психофизиологическая система “ФОБОС”. Полученные данные были подвергнуты многомерной непараметрической статистике в виде дискриминантного анализа. Сравнительный анализ осуществлялся с использованием критерия Х-квадрат, исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет (К. Браунли, 1978).

## ***II Краткая характеристика личностных психотипов в конституционально-континуальном пространстве.***

Мы считаем необходимым привести характеристики психологической дифференциации диапазона нормы – акцентуации и пограничной аномальной личности.

**Диапазон психологической нормы – акцентуации у представителей шизоидного типа**, или шизотимиков. “Название шизотимический и циклотимический ничего общего не имеют с вопросом: “здоровый или больной?”. Это общие биотипы, “которые заключают в себе огромную массу здоровых индивидуумов” (Э. Кречмер). Утверждая тот факт, что шизотимики представляют собой крайний вариант психологической личностно-характерологической нормы, неправомерно оперировать психопатологическими понятиями и терминами типа аутизма, апатии, в этом случае адекватно использовать лишь психологические понятия и феноменологию. Шизотимики достаточно легко и долго могут переносить общество, которое не всегда их устраивает, но во имя идеологических, деловых, морально-этических интересов они будут следовать традициям и обычаям, практически не отличаясь от окружающих. Если ситуация требует от них хорошей коммуникабельности, обаятельности при достижении цели, то они будут в определенном смысле эталоном лиц того круга, в котором они общаются. Хотя с таким же успехом они могут неограниченно долго переносить ограниченный круг партнеров по общению или вообще их отсутствие. Основные психологические свойства, взаимосочетание которых составляет структуру шизотимической акцентуации, - это эмоциональная уравновешенность, достигающая степени эмоциональной “прохладности”, рациональность, прагматизм, преобладание рациональной стороны над эмоциональной. В процессе приобретения опыта социального общения шизотимики научаются достаточно быстро демонстрировать необходимую для окружающих привычную эмоциональную составляющую сопереживаний, понимая интеллектуально, осознавая, что окружающим важна именно эмоциональная часть сопереживаний. Однако они легко могут демонстрировать широкий круг эмоциональных реакций, в том числе и экспрессивных, если того требуют их личные интересы или необходимость проявить себя в более выгодном свете в том обществе, в котором они оказались. После длительного эмоционального общения шизотимики нуждаются в эмоциональном отдыхе, и они с радостью могут провести часы и дни в одиночестве или с очень избирательным кругом

лиц. Таким образом, с одной стороны, они легко обучаются общепринятым эмоциональным стереотипам поведения, но, с другой стороны, они нуждаются в периодах уединения, во время которых могут привести в порядок свои мысли, определить тактику и стратегию своего жизненного пути.

Физические, моторные и пантомимические особенности поведения отличаются достаточной пластичностью и гармоничностью, хотя частенько наблюдаются и некоторые антропометрические диспропорции, не нарушающие, однако, физической привлекательности шизотимиков.

Чаще всего они награждены от природы способностями к точным наукам, к абстрактному, интеллектуальному постижению мира и на этом поприще достигают заметных успехов. Шизотимики от природы являются эстетами, независимо от привитой культуры, интеллекта и мировоззрения. Шизотимики всегда немножко идеалисты. Быт шизотимиков добротен, прочен, практичен, но без признаков излишеств, сибаритства, если эстетизм не распространяется на быт. В последнем случае, будет просматриваться тяга к антиквариату, почти профессиональному коллекционированию различных предметов быта и т.д. В их быту интеллектуальные и духовные ценности всегда стоят выше вещественных, материальных. И в человеческих отношениях для шизотимиков духовное, интеллектуальное родство выше материального, что не мешает им, тем не менее, создать добротный для себя и своих близких очаг. Они обладают достаточно высоким жизненным тонусом и соответственно высокой работоспособностью, ответственностью, чувством долга. Природное чувство справедливости и надежности в товарищеских отношениях зачастую выдвигает шизотимиков в ряды лидеров. Интересен тот факт, что шизотимики стремятся быть справедливыми, сохранять честность в товарищеских и партнерских отношениях часто даже в ущерб своим собственным интересам. У них заметно стремление ставить общественные, профессиональные или корпоративные интересы выше личных амбиций и сиюминутных желаний.

Шизотимики обладают конституциональным психобиологическим резервом, позволяющим поддерживать хороший уровень адаптации, компенсации и значительной толерантности к внешним деструктивным факторам среды обитания.

### *II.1 Диапазон пограничной аномальной личности*

*у представителей шизоидного типа.*

Следует сразу подчеркнуть, что эвристичность и интеллектуальный прагматизм у представителей ПАЛ сохраняется, но в значительной мере теряется прагматизм поступков и поведения. Происходит как бы растворение поведенческого рационализма в эмоциональном негативизме, в противоречивости переживаний. Их эмоциональная черствость становится заметной и осязаемой окружающими. Они отличаются нежеланием и неумением научиться поведенческим, эмоциональным приемам, демонстрирующим личностную эмпатичность. Они с трудом переносят общество, где требуется повышенная или даже средняя, обывательская коммуникативность, общительность, эмоциональность. Часто остаются в одиночестве, но не тяготятся этим, а все больше предпочитают ситуацию элективного общения, игнорируя профессиональные или корпоративные интересы.

Физическая, моторная, пантомимическая диспластичность также сразу бросается в глаза окружающим, с большей убежденностью заставляя отнести конституциональных

шизоидов к категории “белых ворон”. У них заметна неравномерность и дисгармоничность развития верхних и нижних конечностей относительно друг друга и относительно туловища; неравномерность развития мышечной и жировой ткани на конечностях и туловище; моторная неловкость, отсутствие точности и синхронности в координации движений, особенно мелких движений, что в значительной степени накладывает отпечаток на почерк шизоидов, который чаще характеризуется как “корявый”, с постоянно меняющимся наклоном букв, изменением их геометрии. Для пантомимики шизоидов наиболее свойственна тенденция к некоторой неадекватности реакций (на похоронах блуждающая полуулыбка, на именинах - гримаса отрешенности и/или печали, скуки), представляющая собой эквивалент амбивалентности. Наконец, пантомимика характеризуется неуклюжестью, отсутствием пластичности. Иначе говоря, конституциональный шизоид визуально выделяется в толпе или когда один идет по улице. Мимика больше однообразная и без тонкой нюансировки эмоциональных переживаний.

У конституциональных шизоидов диапазона ПАЛ также сохраняются всевозможные способности, в частности, к точным наукам. Они легко постигают абстрактный мир геометрии, физики, математики, радиоэлектроники, программирования, оставаясь равнодушными к изяществу форм животного мира, к духовным переживаниям. Они относительно легко переживают и осознают, постигают тайны различных древних мистерий, метафизическую природу восточных религиозно-философских учений. Однако налет механистичности дезавуирует смысл учения, постижения и ничего не дает субъекту для практической жизни. Шизоид диапазона ПАЛ не в состоянии перенести творческое начало учений в реальную жизнь, а тем более плодотворно пользоваться знаниями. Формализованность поведения ограничивает продуктивность межчеловеческого общения, принятия совместных конструктивных решений, участия в коллективном достижении цели.

Эмоциональная и поведенческая противоречивость, как эквивалент амбитендентности, непредсказуемость поведения заставляет окружающих быть всегда настороже с конституциональными шизоидами, интуитивно сохраняя дистанцию. Подобная ситуация способствует обращению конституциональных шизоидов к миру грез, фантазий, которые, чем больше не соответствуют реальным условиям социальной среды, тем дороже и ценнее для личностных психологических переживаний шизоидов. Часто конституциональные шизоиды схему своих грез и переживаний пытаются перенести в социальную реальность, но, сталкиваясь с мощным психологическим сопротивлением окружающих, отступают, вынужденно предпочитая смотреть на мир и оценивать социальную среду сквозь иллюзорную призму собственных схем.

В быту, на работе конституциональных шизоидов чаще царит хаос и неразбериха. Конституциональные шизоиды чаще живут всепоглощающей, оторванной от действительности исторической, социальной, философской, гуманитарной идеей в ущерб своим бытовым условиям, за что справедливо получают нарекания от своих близких, производя впечатление практически неустроенных людей. Увлечения также характеризуются оторванностью от реальности, непрактичностью, а порой и нелепостью с точки зрения обыденного сознания. Часто находя общий язык на интеллектуальном уровне, по интересам с кем-либо из окружающих, шизоиды, тем не менее, сохраняют эмоциональную изоляцию и сложность межчеловеческого общения. Они лишены прочных привязанностей и партнерской надежности, которая столь характерна для шизоидных акцентуантов, но представители ПАЛ не тяготятся подобной ситуацией, они даже не до конца осознают сложившийся стереотип отношений.

Изменения социально-психологической ситуации до такой степени, когда она начинает мешать и препятствовать увлечениям шизоидов, когда она нарушает сложившуюся схему их внутреннего мира и, наконец, когда ситуация провоцирует шизоидов отойти от догматичных представлений о мире, о человеке и требует реального погружения в мир человеческих чувств, отношений, переживаний, такая ситуация является патогенно-стрессовой для шизоидов. Именно значимая социально-психологическая психотравмирующая ситуация приводит к развитию пограничных психических расстройств, через определенный временной этап усиления аномальных личностных, психологических переживаний. Психотравмирующая ситуация или иное экзогенное воздействие (черепно-мозговая травма, инфекционное, токсическое, экологическое поражение мозга) провоцирует эндогенные механизмы конституциональной недостаточности мозга, результатом чего является развитие психогенных патологических реакций, патохарактерологических и постреактивных формирований личности, неврозов, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств. Представители шизоидного психотипа диапазона ПАЛ не могут “держать” социальный удар как, например, шизоидные акцентуанты, они, чаще всего, демонстрируют срыв конституциональных психологических механизмов защиты в виде личностной декомпенсации и дезадаптации.

Настоящие наблюдения подтверждают гораздо более низкую толерантность шизоидов к социально-психологическим стрессовым ситуациям и любым экзогенным воздействиям в целом; ограниченность адаптации, которая устойчива преимущественно в элективном социальном круге (семейном, производственном); легкость возникновения заострений личностных и характерологических черт.

## *II.2 Диапазон психологической нормы – акцентуации у представителей эпилептоидного психотипа*

Внешне эпилептотимики (иксотимки) отличаются гармоничным, крепким телосложением, равномерным развитием мышц, жировой прослойки, более соразмерными пропорциями конечностей и туловища с хорошо развитым плечевым поясом, шей, достаточно крупными кистями рук и стопами ног. Бесстрастное выражение лица часто сменяется эмоциональной живостью, игрой мимических мышц, отражающей жизнерадостность. Однако в любую секунду мимика вновь готова смениться на ровное бесстрастное выражение, если этого потребуют обстоятельства. Часто можно видеть элементы чувственности в лице - в крыльях носа, форме губ, глаз и т. д.

Кроме этого, эпилептимики характеризуются высоким жизненным тонусом и работоспособностью, выносливостью, низким уровнем утомляемости. В большинстве своем они целеустремленны, педантичны, аккуратны, добросовестны и даже скрупулезны в выполнении заданий. Подобное сочетание качеств плюс хорошие природные способности к обучению, приобретению практических навыков на базе общей эрудиции позволяют им достаточно быстро продвигаться по служебной лестнице. В межличностном общении эпилептотимики достаточно гармоничны, они умеют быть эмоциональными, им свойственна насыщенность эмоциональных и инстинктивных переживаний. Легко находят контакт с окружающими людьми, интуитивно чувствуя их психологические слабые и сильные стороны, что позволяет им завоевывать расположение окружающих и партнеров.

С другой стороны, если у акцентуантов складываются неприятельские отношения, то они по мере возможности не усугубляют их, но и не уступают, стремясь в

последующем к доминированию. Если же в будущем ситуация с соперниками будет складываться в пользу эпилептотимика, то последний обязательно использует ее для того, чтобы “отдать долг прошлого”, хотя специально строить планы мщения, создавать соответствующую ситуацию не стремятся. Другими словами, эпилептотимики не изводят себя бесплодными планами, фантазиями мести, они просто помнят, очень долго помнят про нанесенную обиду или оскорбление своего достоинства.

Эпилептотимиками управляет честолюбие и меркантилизм, которые они хорошо скрывают, а также чувство самости и сентиментальности. Чем выше интеллект и шире культура эпилептотимиков, тем легче им добиваться расположения вышестоящих и налаживать прочные отношения по вертикали и горизонтали социальной лестнице. По увлечениям, интересам эпилептотимиков можно определить часто скрытый преимущественно меркантильный смысл увлечений. В зависимости от уровня культуры, интеллекта меркантильные черты проявляются более выпукло или же зашториваются, искусно скрываются.

Честолюбие сочетается у них со склонностью незаметно, но прочно подчинять себе окружающих, привязывать их к себе сотнями незримых уз, от личного обаяния и привлекательности до лёгких проявлений психологического садизма. Они обладают потрясающим социальным чутьем на всякого рода коммерческие проекты. Интуитивно постигают экономику, финансы, часто занимаясь самообразованием, которое подкрепляют работой на бирже как хобби.

Эпилептотимики, как и шизотимики, от природы награждены способностями и к точным, и к гуманитарным наукам. Чем бы они ни занимались, их работоспособность и целеустремлённость, усидчивость и добросовестность в сочетании с интеллектуальными способностями позволяют добиться многого. При этом у них всегда сохраняется трезвая самооценка, тактические и стратегические задачи они ставят себе реальные и неуклонно добиваются их реализации.

Сила в сочетании с инертностью и подвижностью нервных процессов позволяет им очень точно строить свое поведение для достижения цели. Поэтому практически любые социально-психологические трудности преодолимы для акцентуантов, их трудно заставить врасплох социальными реформами. Эпилептотимики достаточно легко находят выход из самых запутанных ситуаций, причем зачастую близкий к оптимальному. Психотравмирующее влияние на них может оказать лишь ситуация, угрожающая воплощению честолюбивых планов, лишаящая принадлежащих им материальных ценностей. Только в этом случае мы можем увидеть эмоциональную и инстинктивную “бурю”, которую эпилептотимики, независимо от культуры и интеллекта, не смогут завуалировать. Нельзя не отметить тот факт, что в большинстве случаев подобная “буря” будет достаточно кратковременна, а эпилептотимики сумеют в конечном итоге сдержать себя и контролировать свои мысли, высказывания и поведение.

Эпилептотимики также получают колоссальное наслаждение от всяческих интриг, инициаторами которых они сами являются, которые служат достижению честолюбивых или меркантильных целей активно используя своих партнёров, коллег «в темную», о чем те и не подозревают. Эпилептотимики любят и стремятся ощущать свое превосходство над окружающими людьми, создавая соответствующие ситуации, получая от этого глубокое психологическое удовлетворение.

Сексуальная жизнь эпилептоимиков насыщена многочисленными адюльтерами, флиртом, эротизмом в межличностных отношениях, поскольку чувственность является характерной чертой их инстинктивной жизни. Они умеют и любят получать чувственное наслаждение и от драки, и от азартных игр, и конечно, от сексуальных отношений. Их сексуальная неутомимость, в чем-то даже половая неразборчивость в партнерах в сочетании с личностным обаянием и умением целенаправленно создавать мелодраматические ситуации делают эту сторону жизни для эпилептоимиков достаточно важной и содержательной, опять – таки, при достижении честолюбивых и меркантильных целей.

### *II.3 Диапазон пограничной аномальной личности у представителей – эпилептоидного психотипа*

Среди антропометрических характеристик эпилептоидов можно выделить: короткие нижние и удлинённые верхние конечности по сравнению с туловищем, короткая мускулистая шея и достаточно развитый торс, часто асимметричный лицевой череп с признаками яркой чувственности и игры инстинктов на лице. Конституциональным эпилептоидам даже при хорошем интеллекте, широком мировоззрении и культуре очень трудно бывает скрыть от окружающих свою меркантильность, граничащую с жадностью, самость, болезненное честолюбие и порочную склонность к чувственным наслаждениям. Обильное застолье, яства, в избытке алкоголь, азартные игры, сексуальные наслаждения - вот тот круг, без которого эпилептоидам очень трудно представить реальную жизнь. Вне чувственных удовольствий жизнь для эпилептоидов теряет смысл и прелесть. Всем перечисленным проявлениям способствует легко возникающий дисфорический оттенок настроения в условиях ограничения желательной социальной активности. Поэтому с подросткового возраста, даже с детства, за эпилептоидами ПАЛ тянется шлейф конфликтов, драк, обмана, подкупа, шантажа масштаб которых увеличивается пропорционально возрасту. Интеллект и культура в случаях ПАЛ не всегда позволяют им контролировать свои действия и чувства, преодолевать дисфорию с ее последствиями. Саморегуляция поведения, самоконтроль большей частью оказываются недостаточными.

Часто эпилептоиды пропагандируют альтруизм, аскетизм, пуританство, вегетарианство для членов семьи, сами же следуют эгоистическим и гедонистическим ценностям, преданы идеям гурманства и тайно от всех “копят богатства... богатства... богатства”, понимая последнее в пределах своего мировоззрения.

Психологической коррекции эпилептоиды поддаются с большим трудом. Часто, имея хороший интеллект, способности к точным или гуманитарным наукам, представителям эпилептоидного психотипа ПАЛ трудно себя реализовать и так же быстро, как акцентуантам, достичь социальных вершин. С одной стороны, тормозной компонент волевой функции в виде сдерживания ослаблен, а такое свойство нервной системы, как инертность, все больше напоминает ригидность. Поэтому зачастую желание и обладание, достижение цели у представителей ПАЛ соединяется в одной единице времени. Им трудно ждать завершения какой-либо многоходовой социальной комбинации, которую они сами же разработали. В результате - конфликт и недоразумение в профессиональном и корпоративном окружении.

Кроме перечисленных личностно-характерологических черт нельзя не отметить злопамятность, мстительность, сочетающихся с откровенной, часто вульгаризированной лживостью. Особенностью эпилептоидов является тот факт, что если им приходилось пресмыкаться перед кем-либо, унижаться, лстить, оскорбляя собственное достоинство

для достижения поставленной цели, то достигнув цели, он не преминет отомстить, используя прессинг психологического и даже физического садизма. В отличие от акцентуанта эпилептоидный психотип диапазона ПАЛ не будет ждать, когда ситуация сама по себе позволит ему отомстить, а он будет активно строить реальные планы для завершения реальной мести в отношении того, перед кем он когда-то пресмыкался.

При выраженности подобных личностно-характерологических свойств представителей эпилептоидного психотипа ПАЛ можно наблюдать весьма бурную реакцию не столько на стрессовые ситуации, сколько даже на бытовые, в которых заметна минимальная угроза, перспектива лишения их материальных благ, чувственных удовольствий, наслаждений, ограничения их самости. В этих случаях эпилептоиды часто дают бурные аффективные реакции, вплоть до эксплозивности, дисфории с гетероагрессивной направленностью. Подобные переживания приводят к конфликтам, вплоть до драк, нарушению правового поля. Любые экзогенные факторы, которые оказывают хроническое деструктивное воздействие на мозг эпилептоида (экология, травмы, интоксикации, инфекции), способствуют нарастанию минимальной мозговой дефицитарности. Последняя, в свою очередь, представляет собой органическую основу, на которой легко формируются патологические личностные и поведенческие реакции, а также пограничные психические состояния.

#### *II.4 Диапазон психологической нормы – акцентуации у представителей*

##### *истероидного психотипа*

Истеротимики, или скиртотимики. Физические характеристики истеротимиков отличаются определенным диапазоном: от астеничных личностей с тенденцией к нормостении до пикников с тенденцией также к нормостении. Пантомимика достаточно пластична, на лице отражается одновременно множество чувств и переживаний, выражена мимическая живость в ответ на любые внешние раздражители. Чем выше интеллект и шире культура, тем более утонченная и адекватная эмоциональная игра отражается на лице. Жизненный тонус истеротимиков характеризуется средним уровнем или даже выше среднего, в связи с чем и работоспособность аналогична тону. Представителям данного психотипа требуется чаще делать перерывы в работе, учебе, любой социальной деятельности, отдыхать или переключаться на другой вид деятельности, чтобы сохранить работоспособность на должном уровне. Истеротимики отличаются хорошей способностью к имитации, что позволяет им “схватывать на лету” все, что касается практических навыков, особенностей межличностных отношений. Благодаря неплохой памяти складывается обманчивое впечатление, что обучение, приобретение навыков истеротимикам дается легко. На самом же деле они не всегда достаточно глубоко понимают и осознают внутренние связи предметов, явлений. Для них больше характерно поверхностное восприятие мира, но эмоциональное и яркое, а также искренняя иллюзорная убежденность, что они всегда смогут легко достичь привилегированного положения за счет своих способностей. Присущая им амбициозность поддерживает эту уверенность. В своих богатых фантазиях они всегда играют роль героев, часто перенося результаты фантазирования (победу, достижение успеха, признание даже противниками) в реальную действительность. Благодаря живому темпераменту, яркому образному восприятию и воображению истеротимики часто на первых порах опережают своих коллег в работе, что создает иллюзию особых интеллектуальных способностей. В последующем они прекращают активно трудиться и, спустя время, неожиданно обнаруживается, что их терпеливые коллеги, считавшиеся “тугодумами”, с точки зрения истеротимиков, значительно продвинулись вперед, приобретя прочно усвоенные знания и

навыки. Чтобы достичь уровня коллег требуется время, а, главное, опять же кропотливый труд, на что у истеротимиков не хватает ни времени, ни желания. Поэтому часто истеротимики оказываются худшими работниками и учениками, чем их менее привлекательные и внешне менее яркие коллеги. Истеротимикам трудно с этим смириться, их высокий уровень притязаний при недостаточности психобиологических резервов часто служит основой для недоразумений, конфликтов и обвинения окружающих в предвзятости. Именно таким образом истеротимики объясняют свою недостаточную работоспособность, отсутствие искреннего желания добиваться успехов кропотливым трудом, свое легкомыслие, недостаточную добросовестность, ответственность и чувство товарищества, ответственности. В то же время, если истеротимики обладают хорошим интеллектом, хорошей культурой, то они способны к глубоким аналитическим и философским обобщениям, а живость ума и красочность воображения позволяет им создать достаточно адекватные представления о мире, о человеческих взаимоотношениях.

Истеротимики обладают способностью к глубокому и точному интуитивному восприятию окружающих людей. Они могут дать полноценную оценку окружающим людям практически с первого взгляда. Другой вопрос в том, что для них затруднительно интеллектуальные потенции закрепить в соответствующем социально-приемлемом стереотипе поведения и терпеливо следовать собственной оценке и прогнозу во взаимоотношениях с людьми. Чаще истеротимики пользуются своими способностями для того, чтобы произвести первое яркое впечатление, а дальше им становится неинтересно и скучно ожидать позитивных плодов межличностного общения или реализации каких-либо дел. Истеротимики стремятся, и зачастую им это удается, “купаться” в лучах славы, создать о себе ореол таинственной и загадочной личности, обладающей уникальными, необычными способностями. В реальной жизни истеротимики больше стремятся казаться кем-либо, чем быть на самом деле личностью. Они словно живут в иллюзорном мире, в котором плохо учитываются конкретные ситуации. Из-за этого истеротимики производят впечатление несколько инфантильных, ювенальных личностей. Они постоянно нуждаются в той или иной степени опеке, социально-психологической защите от жесткого, сурового и не очень справедливого окружающего мира, с их точки зрения.

### *II.5 Диапазон ПАЛ у представителей истероидного психотипа*

Внешне отличаются оживленной пантомимикой, не всегда адекватной ситуации, но с тенденцией к экспрессии и экзальтации. Подвижны, суетливы, беспокойны, везде успевают вставить свои замечания, с их точки зрения, необходимые и существенные. На самом же деле, замечания в большинстве своем пустые и ничего не значащие. Заметно стремление изобразить и представить себя в более выгодном и значимом свете. В зависимости от уровня интеллекта и широты культуры, мировоззрения они стремятся копировать “лучших” представителей той социальной среды, той субкультуры, к которой они относятся или к той субкультуре, к которой, по их мнению, они должны принадлежать. Однако, несмотря на вполне удовлетворительную имитацию пантомимики, модуляций голоса, копирование поведенческих стереотипов скорее выглядит гипертрофированно или даже утрированно по сравнению с социально-психологическим оригиналом. Представители истероидного психотипа ПАЛ не замечают, тем не менее, столь разительных различий между тем, кем они являются на самом деле, и тем, кого они изображают.

Заметно стремление быть в центре внимания, выражена психологическая “жажда” признания несуществующих заслуг, поклонения, обожания и восторженного восприятия окружающими. Истероидам неважно, если это чисто внешние, искусственные, даже



лицемерные проявления эмоций со стороны окружающих, главное, чтобы были овации, цветы, улыбки, аплодисменты. Даже если после лицемерных встреч и восторгов общества они услышат реальную оценку своей деятельности, самих себя, которая будет диаметрально противоположна восторгам, истероидов это устроит, так как все уже будет происходить тет-а-тет. Главное, чтобы коллектив, толпа восторгались и рукоплескали. За социально-психологическими кулисами сцены истероиды часто униженно изображают роль психологических мазохистов. Если истероиды знают, что вслед за оскорблениями и унижениями, растаптыванием их самолюбия тет-а-тет последуют лживые признания в их доблести, “крутости”, то они согласны терпеть любые унижения, лишь бы в обществе услышать хвалебно-лицемерный отзыв в свой адрес.

Представители истероидного психотипа ПАЛ готовы пожертвовать чем угодно, лишь бы добиться признания своего мнимого авторитета, и поскольку не удастся этого сделать позитивными способами, используют любые негативные способы, лишь бы обратить на себя внимание. Практически отсутствие таких характерологических свойств, как выдержка, целеустремленность, терпеливость, быстро приводит к конфликтам и недоразумениям, так как истероиды хотят признания и восторгов “здесь и сейчас”. Истероиды не в состоянии рационально воспользоваться теми способностями, которыми зачастую награждены от природы, от чего очень страдают, видя блестящую реализацию весьма посредственных способностей своих коллег, когда последние “выжимают” для себя максимум социальных и психологических преимуществ. И чем больше и чаще истероиды говорят о невысоких способностях своих коллег, чем больше пытаются плести паутину интриг, на которые они по большому счету мало способны, тем хуже для них оборачивается ситуация и отношение профессионалов и любой корпорации.

Другая категория ПАЛ истероидного психотипа стремится добиться признания, внимания, каких-то социально-психологических “льгот”, изображая из себя “жертву” социальной несправедливости - или тирана-начальника, или семейного деспота. Психологическая гипертрофия образа “жертвы” один из любимых поведенческих стереотипов истероидов, что указывает на их склонность к психологическому мазохизму.

Для всех истероидов характерна лживость, псевдология, сочетающаяся с наигранностью, искусственностью внешних эмоциональных проявлений, чувств, эмоциональной и личностной зависимостью от окружающих и в особенности от лидеров. Чем больше истероиды врут, строя свои межличностные отношения, тем больше они верят в собственную ложь и тем труднее от нее в последующем отказаться. Ложь еще больше усугубляет межличностные противоречия с последующей полной потерей доверия к истероидам. Более того, представители ПАЛ истероидного психотипа навсегда теряют характеристику надежных и ответственных партнеров, им не доверяют ответственных заданий, их изолируют от важных для корпорации переговоров, стараясь избавиться навсегда.

Психологическая неустойчивость, лживость и личностная зависимость практически всегда мешает достичь поставленной цели. Истероиды могут очень красиво рисовать свои перспективы, перспективы своего дела, но легкая отвлекаемость, трудно контролируемое желание пожинать плоды, а не трудиться, отсутствие твердости и самостоятельности в принятии решений мешают им в достижении намеченных целей. Они постоянно желаемое выдают за действительное, что, в конечном итоге, раздражает партнеров и усиливает их уверенность в необходимости избавиться от представителей истероидного психотипа диапазона ПАЛ. Тезис “казаться, а не быть” как нельзя более точно подходит к ним.

Опять-таки, истероидам не хватает выдержки, терпения довести дело до конца и реализовать тезис “быть, а не казаться”. Эти личностно-характерологические особенности часто толкают истероидов на авантюры, аферы, которые заранее тщательно не продуманы в отличие от эпилептоидов, в которых много примитивных импровизаций, возникающих за счет переоценки собственных психобиологических способностей и недооценки аналогичных возможностей окружающих. Истероиды всегда переоценивают свои способности и возможности, что, очевидно, является их защитной реакцией. Их самооценка всегда неадекватно завышена.

Начиная употреблять спиртное, быстро спиваются за счет невысокого уровня толерантности к экзогенным воздействиям, а в состоянии опьянения отличаются инфантильным поведением, что вызывает насмешки и упреки. Аналогичная ситуация возникает при употреблении наркотиков, что в конечном итоге вызывает к ним снисходительное, презрительное отношение со стороны представителей асоциальной субкультуры. Попытка имитации асоциальной “крутизны” в делинквентной или криминальной среде также приводит к социально-психологическому фиаско с разрушением индивидуального барьера психической и психологической адаптации, что способствует усугублению личностных и поведенческих аномалий, формированию психогенно обусловленных пограничных психических расстройств.

Именно поэтому представители ПАЛ истероидного психотипа в асоциальной субкультуре занимают последние места в иерархии, довольствуясь социальной ролью эмоционально незрелых, инфантильных жертв и психологических мазохистов. Хотя и в этой ситуации пытаются добиться хотя бы каких-либо льгот. Даже при условии хорошего интеллекта, культуры и мировоззрения истероидов в асоциальной субкультуре быстро “раскалывают” и заставляют играть ту социально-психологическую роль, реализовать тот поведенческий стереотип, которого они достойны, учитывая их личностно-характерологические особенности.

Истероиды с трудом выдерживают любые социально-психологические трудности, бытовые стрессоры, которые легко приводят их к состоянию социально-психологической дезадаптации. Бурная эмоциональная экзальтированная первая реакция сменяется патологическими психическими и психологическими переживаниями, характерными для пограничной аномальной личности. У истероидов достаточно легко формируются сложные психопатологические реакции типа истеро-ипохондрических, истеро-субдепрессивных, истеро-фобических, которые купируются с помощью методов психотерапии, психокоррекции в сочетании с психофармакотерапией.

В случае присоединения экзогенных факторов (черепно-мозговые травмы, интоксикации центральной нервной системы, экологические воздействия) или неразрешимости стрессирования, психотравмирующей ситуации у истероидов формируются психопатологические синдромы в рамках пограничных психических расстройств, что требует оказания специализированной психиатрической и/или психотерапевтической помощи.

Их семейные, дружеские, коллегиальные отношения чаще поверхностны, чем глубоки, они редко испытывают истинную психологическую привязанность, межличностную благодарность к окружающим их людям, так как считают, что микро- и макрообщество им “должно”, а не наоборот. Истероиды всегда тверды в убеждении, что любое сообщество им недодает, игнорирует их запросы и лишает льгот, благодарностей и всего, чего они на самом деле заслуживают. И в этой ситуации завышенная самооценка

своих способностей и возможностей мешает строить истероидам надежные, крепкие дружеские, семейные и коллегиальные связи. Истероиды чаще фантазируют о том, что где-то, когда-то, возможно, в другой жизни их признают, полюбят и оценят, поэтому в настоящей реальной жизни истероиды легкомысленно, безответственно и даже по-детски относятся к формированию межличностных отношений. Инфантильность в виде задержки морально-нравственного развития красной нитью проходит через любой поведенческий стереотип истероида диапазона ПАЛ.

## *II.6 Диапазон психологической нормы – акцентуации у представителей*

### *циклоидного психотипа - циклотимики.*

Внешний вид циклотимиков больше напоминает пикников или нормостеников с тенденцией к пикническому телосложению. На лице часто мы видим адекватную эмоциональную игру и, что самое главное, чаще доброжелательную, отражающую общительность и жизнелюбие. Для циклотимиков характерны следующие взаимосочетания личностно-характерологических особенностей: принципиальность и жизнерадостность, честность и требовательность, строгость и чуткость, решительность и настойчивость, общительность и сдержанность.

Чаще всего у циклотимиков имеется свой континуум. Одни циклотимики веселые, шумные, больше любящие общество и болтливость, чем монотонный труд и работу вообще. Часто могут быть весьма впечатлительны, скромны и добросовестны, отличаясь мягким чувством юмора и доброжелательностью. Практически все циклотимики внешне симпатичные, обаятельные, правдивые и чрезмерно болтливые, но в тоже время надежные и преданные друзья, соратники, коллеги. Чувство симпатии у окружающих появляется практически сразу, когда они видят приветливое и доброжелательное выражение лица, мягкие, добрые, лукавые глаза, душевность и добросердечность, которые источают циклотимики. Циклотимики характеризуются как врожденные рассказчики, которые самые обычные истории умудряются преподнести слушателям как чрезвычайно интересные и необычные, а главное, с чувством мягкого юмора, а не сарказма, и без издевки.

Многие из них отличаются целеустремленностью, подвижностью, живостью, которые сочетаются с отзывчивостью и аналитической оценкой происходящего вокруг. Такие циклотимики обладают очень высоким жизненным тонусом, большой работоспособностью, неутомимостью и всегда получают удовлетворение от сделанной работы, хотя идеализация окружающего мира, стремление к неким высшим абстрактным целям присутствует у них. Коммуникабельность и общительность в сочетании с природными способностями позволяют им легко продвигаться по социальной лестнице. Но циклотимики редко бывают максималистами и чаще довольствуются в социальной иерархии даже меньшим, чем то, на что они способны в действительности. Их эмоциональная теплота, умение быть ненавязчивыми, тактичными, отсутствие эгоизма и тонкая наблюдательность, юмор легко позволяют им занять место лидера в любой среде. Однако они часто отказываются от этой роли, предпочитая быть “душой компании”.

Умение избегать максимальных социальных притязаний, довольствоваться тем, что есть, сохраняя душевный покой, дружелюбие и обходительность, позволяет им чаще, чем всем остальным акцентуантам, ощущать удовлетворение от жизни и наслаждаться жизнью во всех ее проявлениях.

Периодически у циклотимиков возникают эпизоды кратковременной флегматичности вплоть до меланхолии, когда они становятся более вялыми, пассивными, ограничиваются интересы, меньше внимания уделяют себе, своей работе, своим близким. Подобное состояние длится день - два, редко несколько дней. Но оно запоминается циклотимиками своей необычностью и психологическим дискомфортом. Впоследствии они с тревогой вспоминают подобное состояние, опасаясь появления его вновь. В период подобных спадов настроения, некоторого упадка воли они бывают склонны употреблять спиртное, так как это их оживляет, возвращая прежний тонус, угасающую жизнерадостность.

В обычных условиях их можно скорее отнести к гурманам, чем к аскетам. Им более присущи добрая и веселая компания, где не будет осужден пафос идеализма, где с удовлетворением выпьют немного вина, не настаивая на большем. Если же застолья превращаются в стереотип, то у циклотимиков в конечном итоге развивается психологическая и физическая зависимость от спиртного. Достаточно быстро наблюдается ослабление волевых побуждений, а флегматичность и меланхоличность больше зависят от неупотребления спиртного. При развитии подобных состояний им становится чуждо стремление к повышению своего социального статуса, и уровень притязаний их заметно снижается. В этом случае циклотимики превращаются в беспечных любителей и прожигателей жизни. Легко усваивая новые знания, навыки, они редко реализуют их в обычной жизни.

### *II.7 Диапазон ПАЛ у представителей циклоидного психотипа*

Циклоиды ПАЛ внешне гораздо больше напоминают пикников, склонных к застолию, чревоугодию, любви и употреблению спиртного. Часто высокий жизненный тонус может сочетаться с работоспособностью, которая лишается продуктивности, непреклонной целеустремленности и решительной активности шизотимиков. Другими словами, от циклоидов больше шума, суеты, беспокойства, но душевного и мягкого, без озлобленности, гетероагрессивности, характерной для эпилептоидов и истероидов. В этом отношении они отличаются от других представителей ПАЛ тем, что они больше говорят, как надо и что надо делать, но сами этому не следуют. Циклоиды отличаются предприимчивостью, тенденцией к авантюре. Они легко бросаются в недостаточно обдуманное предприятие. И если они увлечены, то их легко обмануть в силу доверчивости, открытости и добродушия. В последующем циклоиды весьма сожалеют о содеянном, мотивируя желанием добиться лучшего для окружающих, но отсутствие продуманности, характерной для шизоидов, часто ставит их в неловкое положение обманщиков, прожектеров, романтических авантюристов.

Многие из них, обладая от природы яркими способностями, даже талантливостью, не в состоянии извлечь для себя и близких определенную социальную пользу, реализовать свои идеи. Недобросовестные и аморальные люди используют циклоидов в своих целях. Именно поэтому можно наблюдать, как циклоидов склоняют к пьянству, вовлекают в аморальные компании, чтобы иметь над ними большую власть и с большей легкостью использовать их способности в своих интересах. Именно в таких ситуациях циклоидов выставляют идеологами афер, авантюристических идей, которые в последующем оборачиваются моральным или материальным банкротством, долгами. А циклоиды искренне защищают тех людей, которые ввергли их в омут афер. Можно сказать, что эпилептотимики, стеничные шизотимики в реальных социальных условиях часто используют циклоидов в корыстных интересах.

Все циклоиды характеризуются общительностью, сочувствием, состраданием к окружающим, легко адаптируются в меняющихся обстоятельствах, но эта приспособляемость больше поверхностная, чем глубокая и основательная, так как они всегда себя недооценивают. Их самооценка занижена и не соответствует их психобиологическим возможностям. В симпатичных им людях они сразу “видят” своих братьев, друзей, чувствуя “родственную душу”, полностью им доверяя, что часто используется против них. Заметным становятся колебания настроения в виде лабильности, когда легко могут появиться слезы, печаль и так же легко возникает веселость и жизнерадостность. Именно поэтому они легко могут и посмеяться, и поплакать, тем самым, облегчая свое психологическое состояние и, располагая людей к общению.

Неспособность циклоидов “держать” социальный удар, отсутствие психологической толерантности к тривиальным стрессорам приводит их к патологическим психическим и психологическим переживаниям вплоть до развития патологических психических реакций в виде субдепрессивных, субдепрессивно-фобических и субдепрессивно-ипохондрических переживаний. В условиях создания неразрешимой психотравмирующей социально-психологической ситуации у циклоидов провоцируются механизмы конституциональной недостаточности, и можно наблюдать развитие пограничных психических расстройств преимущественно в виде субдепрессий. Подобные состояния могут длиться от нескольких дней до нескольких месяцев, и для их купирования требуется специализированная психиатрическая и психотерапевтическая помощь.

### *III Современные краткие представления о психогенных расстройствах*

Психогения (от греч. *psyche* - душа, *genea* - происхождение, возникновение) – группа психических заболеваний, возникающих как реакция на тяжелую жизненную ситуацию. [Конюхов Н.И. “Словарь – справочник практического психолога, Воронеж, НПО “Модэк”, 1996].

За последние годы заметно возрос интерес специалистов к роли психической травмы, т.е. тяжелых индивидуальных психических переживаний, в происхождении и течении некоторых болезней. К психогенным заболеваниям в настоящее время относят группу болезненных состояний, причинно связанных с действием психотравмирующих факторов, т.е. таких, при которых психическая травма определяет не только возникновение, но также течение и симптоматику заболевания.

Учение о психогенных заболеваниях стало ареной борьбы теоретических взглядов, которые являются выражением противоположных концепций человека: монистическоматериалистического понимания сущности как неразрывного единства социального и биологического при ведущей роли социального начала, с одной стороны, и дуалистической трактовки человека, в которой доминирующее биологическое (инстинктивное) начало находится в противоречии с социальным, с другой. Второй подход в понимании сущности человека в наиболее завершенном виде содержится в концепции психоанализа [Freud S., 1953], которая оказала особое влияние на разработку проблемы психогенных заболеваний в западных странах. Игнорирование роли социальных факторов и индивидуального сознания явилось источником пересмотра теории Фрейда и появления ее различных модификаций, объединяемых термином «неофрейдизм».

Другим выражением психологизма в подходе к человеческой личности в норме и патологии, в частности, в трактовке психогенных заболеваний, является так называемое, феноменологическое направление. Сам термин «феноменология» использовался впервые Гегелем для обозначения совокупности проявлений духа в сознании, истории и мышлении. Гуссерль применял тот же термин первоначально для целей «описательной психологии» явлений сознания. Феноменология изучает субъективные переживания больных [Ясперс К., 1913] и решает следующие задачи: в наглядной, образной форме представить психические состояния, реально переживаемые больными, рассмотреть взаимосвязи между психическими состояниями, по возможности четко очерчивая и дифференцируя их.

Реакцией на односторонний психологизм в понимании поведения человека в норме и патологии явилось возникновение в 30-е годы XX столетия в США так называемой науки о поведении (behavior science) или, бихевиоризма [Watson J., Thorndike E.]. Отдельные поступки и действия человека бихевиористами рассматривались как прямой условнорефлекторный ответ ЦНС на внешнее воздействие по принципу стимул-реакция. При этом не учитывалась роль такого важнейшего промежуточного звена, как личность с ее социальным опытом.

Сам же термин «психогенные заболевания», предложенный Зоммером в 1894 г., вначале соответствовал понятию об истерических реакциях.

По Кереру [1920] психогенная реакция есть результат взаимодействия между предрасположением и специфической травмой, приводящей к психическому расстройству. Предрасположение врожденно (конституция) или в редких случаях приобретено (алкоголь, инфекции, беременность). Кроме того, предрасположение создают: длительная бессонница, бесплодная борьба с неприятностями, т. е. по существу те же факторы психической травмы. Вместе с тем, Керер, Бонгефер, Рейхардт полагали, что в каждом случае психогении конституция имела патогенетическое значение. На основное значение врожденной конституции, дающей «психореактивную лабильность» [Клейст, 1921], указывают также Штерн и Медов. По Брауну [1928], вопрос значительно сложнее, чем простая комбинация переживания и предрасположения. Патогенетические и провоцирующие факторы переплетаются. Каждый человек обладает специфической, присущей лишь ему индивидуальной реактивной способностью. Конституция — не причина психогенной реакции, а лишь сообщает ей специфическую окраску. На взаимодействии переживания и конституции растут симптомы в зависимости от пола, возраста, образования, социального положения и т. д.

Интересна эволюция взглядов Э. Кречмера [1935] на конституцию и психогению. Конституция по Кречмеру - это сумма всех свойств индивида, генотипически закрепленная в его задатках. Выступив вначале в качестве последовательного конституционалиста, он позднее придает психогенным факторам все большее значение, подчеркивая, что личность меняется под влиянием психогенных факторов.

В.Н. Мясищев [1948, 1955] говорит о том, что переживание является производным от личности переживающего. Патогенность ситуации заключается в неумении ее рационально преодолеть или отказаться от неосуществимых стремлений. При психогенном заболевании происходит нарушение нормальной связи личности с внешними условиями в силу особенностей характера. В соотношении качества психики и условий жизни лежат патогенные источники психогений и, следовательно, отдаленные причины

коренятся в условиях развития личности. В этом сущность генетического понимания психогений Мясищевым [1948].

Неоценимую услугу для понимания психогений оказывает учение И.П. Павлова [1927] о высшей нервной деятельности и, в частности, учение об экспериментальных неврозах: «Патологические состояния полушарий у разных наших животных под влиянием одних и тех же вредных условий проявлялись очень разное. Одни животные заболели серьезно и надолго, другие легко и кратковременно, а третьи почти без следа переносили те же самые воздействия. У одних собак отклонения от нормы происходили в одну сторону, у других — в другую. Стало очевидно, что это разнообразие связано с разницей характеров, типов нервной системы у разных животных» [Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927].

Монистическому синтезу физиологического и психологического подходов в изучении сущности психогенных заболеваний способствуют развиваемые в последние годы психофизиологические исследования [Карвасарский Б.Д., 1980].

Проблемами психогенных заболеваний в детском возрасте занимались: Симпсон Т.П., 1928, 1958, Сухарева Г.Е. 1959, Жуковская Н.С. 1971, Иванов-Смоленский А.Г., 1949; Красногорский Н.И., 1964; Касаткин Н.И., 1951, Nissen G. 1971 Frisleder F.J. Trott G. 1994 и другие. Отсутствуют подробные описания, не выявлены основные варианты расстройств, недостаточно изучены особенности динамики [Зубова Е.А., 1998].

Следует остановиться на понятии психической травмы и ее содержании. Психической травмой следует называть только такое отрицательное переживание, которое может быть причиной определенной клинической патологии. Нередко, говоря о психической травме, имеют в виду и травмирующее переживание и реакцию на него личности [Браун, Молохов А.Н., 1933, Шевалев Е.А., 1937], что не совсем правильно. Необходимость различения травмирующих переживаний от реакций на них вытекает хотя бы из того, что одинаковые переживания в одних случаях вызывают физиологическую, а в других — патологическую реакцию. Последняя, в свою очередь, может быть невротической или психотической. Никогда не надо забывать о громадном значении для патогенности психических переживаний мировоззрения, особенностей личности. Они-то в большей мере и определяют, приобретет событие или переживание качество психической травмы или нет [Александровский Ю.А., 1991]. В зависимости от индивидуальных особенностей личности смерть близкого человека или супружеская измена в одних случаях является тяжелой психической травмой, в других — поводом для приобретения свободы. Аналогичные психотравмирующие переживания у одного и того же лица в разных возрастах и при разных состояниях высшей нервной деятельности могут давать то нормальные, то патологические реакции. Не надо, кроме того, забывать, что переживание психической травмы может вызвать то или иное психогенное заболевание, но может и не вызвать его.

Психические травмы могут быть единичными и повторными, короткими и длительными. Существует зависимость между характером психической травмы и типом патологической реакции на нее. Наблюдения показали, что длительно и исподволь действующие ситуационные психические травмы вызывают преимущественно неврозы и патологическое развитие личности. Короткие психические травмы, связанные с угрозой жизни и испугом (при взрывах, пожарах, стихийных бедствиях, нападениях) чаще вызывают кратковременные патологические реакции. Индивидуальные травмы,

направленные на определенную, конкретную личность, более патогенны, чем групповые, действующие на целый коллектив [Лобастов О.С., 1991].

Если при длительных или повторных психических травмах заболевание может возникнуть постепенно или на определенном этапе травматизации, то при острых одномоментных психотравмах психогения развивается сразу или же после некоторого скрытого периода, продолжительность которого невелика и измеряется обычно днями [Канторович Н.В., 1967].

Психическая травма может быть вызвана как безречевым, так и речевым воздействием, например, вид горящего имущества или сообщение о его гибели. Патогенным может оказаться однократно действующие сверхсильные и особенно многократно действующие более слабые раздражители. В первом случае говорят об *острых*, во втором – о *хронических* психических травмах или психотравмирующей ситуации. Сила психотравмирующего воздействия определяется не физической интенсивностью сигнала, а значимостью информации для данного индивида. Психической травмой обычно является не то, что обращено только в прошлое, а то, что угрожает будущему, порождает неопределенность ситуации и поэтому требует принятия решения, как быть в дальнейшем [Спивак Л.И., 1991].

### 3.1 Этиология психогенных расстройств

#### *Психотравмирующие факторы*

В зависимости от количественных критериев (сила воздействия, темп во времени) и содержания психической травмы выделяют следующие *типы психотравмирующих факторов*: 1) шоковые психические травмы; 2) ситуационные психотравмирующие факторы относительно кратковременного действия; 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации; 4) факторы эмоциональной депривации.

Психотравмирующие факторы, отнесенные к первой группе, отличаются большой силой и внезапностью действия. Как правило, эти факторы связаны с угрозой жизни или благополучия человека, воздействуя непосредственно на инстинкт самосохранения. Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы, шоковые психотравмирующие факторы не осознаются в полной мере и в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения [Александровский Ю.А., 1991].

В отличие от шоковых факторов ситуационные психотравмирующие факторы действуют на более высокие сознательные уровни личности [Краснушкин Е.К., 1948, Braun E., 1928].

Хронически действующие психотравмирующие ситуации составляют обширную группу часто встречающихся психотравмирующих факторов. К ним относятся: ситуация длительных ссор и раздоров, родительский деспотизм, применение физических наказаний и т. п.

Особую группу составляют факторы эмоциональной депривации [Лангмейер Й., Матейчек З., 1984], т.е. различные неблагоприятные условия, в которых человек полностью или частично лишен необходимых ему эмоциональных воздействий (ласки, внимания, заботы и т.п.)



Как известно, в этиологии заболеваний причинные факторы всегда в той или иной степени взаимодействуют с факторами внешних и внутренних условий. В этиологии психогенных заболеваний особенно велика роль факторов внутренних условий, главным образом индивидуальных особенностей личности [Белоус В.В., 1967, Братусь Б.С., 1976, Сухарева Г.Е., 1943]. При этом следует иметь в виду не только конституциональные свойства темперамента и характера, но так же, как указывает В.Н. Мясищев [1960], индивидуальную историю развития личности.

Именно поэтому отечественные специалисты вслед за В.Н. Мясищевым [1960] понимают психогенное заболевание, прежде всего как «болезнь развития личности».

Важным внутренним условием возникновения наиболее распространенных психогенных заболеваний - является наличие особых черт личности и развивающихся вследствие нарушения процесса ее формирования. Именно выраженность вариационной личностной изменчивости, конституционально детерминированной, ответственна за особенности преломления внешних факторов, условий, через внутреннее (конституциональное) содержание личности. Социально-психологическая адаптивность, толерантность, устойчивость индивидуального барьера психической и психофизиологической адаптации, компенсаторные возможности личности в отношении биологических, психологических, информационных и иных патогенных стрессоров, в значительной мере зависят от взаимодействия, взаимоотношения конституционально-типологических личностных основ и внешних информационных воздействий [Боев И.В., 1995].

Однако, несмотря на важное значение внешних и внутренних условий, не меньшая роль все же отводится ведущему причинному фактору [«внешняя причина» по Кербикову О.В., 1972] – психотравмирующему воздействию.

Таким образом, этиология психогенных заболеваний носит сложный, многомерный характер.

### 3.2 Влияние стрессовых факторов на личность

Непроясненность категориальных оснований и ограничений более всего сказалась на понятии *стресса*. Означая сначала неспецифический ответ организма на воздействие вредных агентов, проявляющийся в симптомах общего адаптационного синдрома [Селье Г., 1979], это понятие относят теперь ко всему, что угодно, так что в критических работах по стрессу сложилась даже своеобразная жанровая традиция начинать обзор исследований с перечисления чудом уживающихся под шапкой этого понятия таких совершенно разнородных явлений, как реакция на холодовые воздействия и на услышанную в свой адрес критику, гипервентиляция легких в условиях форсированного дыхания и радость успеха, усталость и унижение [Лазарус Р., 1970]. По замечанию Р. Люффа, «многие считают стрессом все, что происходит с человеком, если он не лежит в своей кровати» [Леви Л.], а Г. Селье полагает, что даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс [Селье Г., 1979] и приравнивает отсутствие стресса к смерти. Если к этому добавить, что стрессовые реакции присущи, по Селье, всему живому, в том числе и растениям, то это понятие вместе со своими нехитрыми производными становится центром чуть ли не космологической по своим притязаниям системы, вдруг обретая достоинство не больше и не меньше, чем «ведущего стимула жизнеутверждения, созидания, развития» [Ушакова Э.И., Ушаков Г.К., Илипаев И.Н. 1977], «основы всех сторон жизнедеятельности человека» или выступая в качестве фундамента для доморощенных философско-этических построений [Селье Г., 1979].

В психологических работах по стрессу предпринимаются и предпринимались настойчивые попытки, так или иначе ограничить притязания этого понятия, подчинив его традиционной психологической проблематике и терминологии. Р. Лазарус [1970] с этой целью вводит представление о *психологическом стрессе*, который, в отличие от физиологической высоко стереотипизированной стрессовой реакции на вредность является реакцией, опосредованной оценкой угрозы и защитными процессами. Дж. Эверилл вслед за С. Сэллсом считает сущностью стрессовой ситуации утрату контроля, т. е. отсутствие адекватной данной ситуации реакции при значимости для индивида последствий отказа от реагирования. П. Фресс предлагает называть стрессом особый вид эмоциогенных ситуаций, а именно «употреблять этот термин применительно к ситуациям повторяющимся, или хроническим, в которых могут появиться нарушения адаптации». Ю.С. Савенко [1989] определяет психический стресс как «состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации».

Этот список можно было бы продолжить, но главная тенденция в освоении психологией понятия стресса видна и из этих примеров. Она состоит в отрицании *неспецифичности* ситуаций, порождающих стресс. Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, которое нарушает адаптацию, контроль, препятствует самоактуализации [Василюк Ф.Е., 1981].

Итак *стресс* – это многоуровневый процесс формирования новой функциональной системы срочной или долговременной адаптации. Вариантами исхода взаимодействия организма со стрессором может быть предельное напряжение функциональных механизмов срочной адаптации с угрозой их декомпенсации; вовлечение в реакцию основных метаболических процессов, обеспечивающих стабильную жизнедеятельность на клеточно-молекулярном уровне; допустимость благоприятного исхода.

Согласно современным представлениям, выделяются системный и эмоциональный стрессы. Индуктором системного стресса является нарушение постоянства внутренней среды организма. В его механизмах важное значение имеют нервная, эндокринная и иммунная системы гомеостаза.

Изучая факторы, сопровождающие болезни разной физиологической природы, Селье уже в 1935 году ввел понятие “эмоциональный стресс” – психофизиологическое состояние организма, вызванное длительным повышением уровня процессов возбуждения. К раздражителям, сопровождающим разные заболевания или предшествующие им, ученый относил не только собственно эмоциональные состояния, такие как гнев, злость, страх, растерянность, неудовлетворенность собой и другие отрицательные эмоции, но и внешние агессоры: освещение, уровень шума, никотин и т.п. Если негативные эмоции накладываются друг на друга и переходят в стационарную форму, то за фазой адаптации организма наступает следующая фаза - стадия стресса: истощение защитных сил, нарушение механизмов возбуждения, торможения и саморегуляции, что ведет к изменению физиологических процессов.

Селье называл стресс “острой и необходимой приправой к жизни”. Стресс поднимает уровень бодрствования, активизирует мышечную и психическую активность. Посещение театра или занятия спортом вызывают те же психофизиологические и поведенческие реакции, что и эмоциональный стресс. Опасна не перегрузка, не деятельность, не возбуждение и даже не отрицательные эмоции сами по себе. Опасно лишь систематическое превышение возможностей, заложенных в механизмах саморегуляции.

Психобиологическая сущность стресса заключается в перераспределении ресурсов человеческого организма для выживания в экстремальных условиях. Этот процесс сопровождается напряжением различных адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые, будучи чрезмерно интенсивными и продолжительными, могут оказывать вторичный повреждающий эффект и становиться причиной расстройств психической деятельности [Александров Ю.И., 1997]. По своей биологической значимости стресс-реакция – это по существу реакция адаптации. На основании работ Л.А. Орберли [1961], можно считать установленным, что повышение тонуса симпатической нервной системы, сопровождающееся выделением адреналина и активацией секреции гипоталамуса, являются начальным, пусковым механизмом стресс-реакции.

Согласно информационной теории эмоций П.В.Симонова [1981], эмоциональная реакция человека на действие экстремального фактора подчиняется универсальному правилу зависимости эмоций от актуальной потребности (ее качества и силы) и вероятности удовлетворения этой потребности на основе генетического и ранее приобретенного индивидуального опыта. Следовательно, один и тот же экстремальный фактор может вызывать разные эмоции, порожденные качеством доминирующей потребности: биологической (инстинкт самосохранения и др.), социальной (следование определенному эталону поведения, велениям долга) и даже идеальной (потребность в познании, любознательность первооткрывателя). Эмоции вовлечены в архитектуру любого целенаправленного поведенческого акта и при действии экстремальных факторов являются первичными реакциями организма. В настоящее время накоплен значительный фактический материал, свидетельствующий о роли гипоталамуса и экстрагипоталамических структур (лимбической системы и ретикулярной формации) в центральной регуляции гипофизарно-надпочечниковой системы в экстремальных условиях жизнедеятельности [Мальшенко, Елисеев, 1993].

### **3.3 Систематика психогенных заболеваний**

Вопросы систематики психогенных заболеваний в целом и группировки их отдельных форм разработаны недостаточно и решаются по-разному, что связано с отсутствием единых принципов подхода к критериям их систематики. При построении классификаций психогенных заболеваний использовались *этиологический критерий*:

- на основании содержания психической травмы [Крепелин Е., 1913]
- исходя из ведущей роли внешней ситуации или конституции [Ганнушкин П.Б., 1933]
- преимущественного уровня личностного реагирования [Краснушкин Е.К., 1948, Зурабашвили А.Д., 1970];

*патогенетический критерий*: темпа развития и длительности заболевания [Сухарева Г. Е., 1959] и некоторые другие.

В большинстве группировок психогенных заболеваний эти заболевания традиционно подразделяются на 2 основные группы: *реактивные состояния и неврозы*. Термином «реактивные состояния» в основном обозначают реактивные психозы: аффективно-шоковые, истерические, реактивный паранойд и реактивную депрессию. Термином «неврозы» принято называть непсихотические формы психогений. Понятие

невроза не является строго определенным. По мнению В.В. Ковалева [1992], реактивное состояние отличается от невроза более острым возникновением, более отчетливой связью болезненных переживаний с психотравмирующей ситуацией, а также отсутствием переживания расстройств как чуждых, болезненных. Безусловным признаком реактивного состояния является наличие психотических нарушений — помраченного или аффективно суженного сознания, отчетливых и стойких расстройств восприятия, бредовых идей, выраженных аффективных расстройств, в частности депрессии с суицидальными намерениями. Однако указанные отличительные признаки имеют значение лишь в статическом плане, поскольку в динамике психогенных заболеваний возможна смена психотических состояний невротическими и наоборот [Асанова Н.К., 1992].

### ***3.4 Классификация экстремальных факторов и виды психогений***

В современной литературе в психологическом контексте экстремальными называют, с одной стороны, условия жизни человека, характеризующиеся высокой энтропией будущего при несформированности, неясности для субъекта способов достижения как текущих, так и перспективных целей [Базылевич Т.Ф., 1993].

С другой стороны, под экстремальными понимают условия, ставящие человека на грань переносимости. До недавнего времени к числу таковых в основном относили климатические условия циркумполярных областей, высокогорья, космического пространства. В настоящее время к этой группе относят также условия проживания и производственной деятельности после промышленных аварий, стихийных и экологических бедствий, информационных и энергоинформационных поражающих воздействий.

Когда в комплекс окружающих условий, помимо природных и производственных факторов, входят раздражители второй сигнальной системы, к разряду экстремальных рекомендуется относить факторы, вызывающие развитие состояния динамического рассогласования, критерием которого является нарушение адекватности физиологических, психологических и поведенческих реакций человека по отношению к условиям и характеру деятельности [Медведев В.И., 1993]. Данное определение предполагает, что любое воздействие, доза (интенсивность, время) которого превышает определенную критическую величину, может выступать в качестве экстремального [Новиков В.С., Смирнов В.С., 1995]. Авторы предлагают выделять 5 классов факторов, которые при определенных условиях могут быть отнесены к разряду экстремальных: физико-химические (микrokлиматические, радиационные, барические, механические, изменение естественного газового состава среды), необычные (физической и информационной природы), информационные (недостаточность, избыточность или ложность информации, двойная деятельность), семантические (угрожающие биологическим и социальным мотивам) и внутренние (биологические и психологические).

В наиболее общем виде все экстремальные факторы внешней среды можно разделить на физико-химические и информационно-семантические. Для первых экстремальность определяется дозой воздействия, для вторых — новизной или когнитивной оценкой реального или прогнозируемого воздействия как представляющего угрозу для человека. Границы, отделяющие обычные условия от экстремальных, в значительной мере условны. Экстремальность выявляется только при взаимодействии конкретного фактора с конкретным индивидом.

Закономерным итогом воздействия катастроф на организм человека является более или менее глубокое изменение физиологических функций. При этом возможен весь спектр нарушений от легких транзиторных реакций до несовместимых с жизнью поражений. Иначе говоря, степень экстремальности фактора выявляется только при его воздействии на определенного индивида. В этой связи возникает проблема разграничения факторов среды на адекватные и неадекватные врожденным (генотипическим), конституциональным и приобретенным (фенотипическим) свойствам организма. Принято считать, что если физиологические и психологические функции мобилизуются соответственно предъявляемым условиям, то развивается состояние адекватной мобилизации. Когда психобиологический ответ организма человека неадекватен интенсивности нагрузке, не совпадает по времени с действиями раздражителя или превышает физиологические и психологические резервы, возникает состояние динамического рассогласования, являющееся критерием экстремальности [Волович В.Г., 1983].

Общим признаком всех психогенных расстройств является обусловленность их аффективным психогенным состоянием – ужасом, отчаянием, оскорбленным самолюбием, тревогой, страхом. Особенностью этих расстройств являются единство структуры всех наблюдаемых расстройств и связь их с аффективными переживаниями [Воскресенский Б.А., 1985].

Среди психогенных расстройств выделяют *продуктивные и негативные* (виды). Для отграничения продуктивных расстройств психогенной природы от других психических заболеваний пользуются критериями К. Ясперса: болезнь протекает вслед за психической травмой, содержание психопатологических проявлений вытекает из характера психической травмы и между ними существуют психологически понятные связи, все течение болезни связано с травмирующей ситуацией, исчезновение или дезактуализация которой сопутствуют прекращению (ослаблению) заболевания.

К. Ясперс подчеркивал, что при психогенных заболеваниях у личности не возникает новых черт, не свойственных ранее, а появляются те особенности реакций и поведения, которые были характерны для больного в более молодом возрасте и в процессе жизни оказались подавленными более адекватными для окружающей среды формами поведения. Иными словами, в результате психогенного заболевания у больного утрачивалась сдержанность, умение прогнозировать ситуацию, оценивать ее более широко, принимать соответствующее решение и т.д. Таким образом, при аномальном развитии личность утрачивает свойственные ей качества, способствующие ее адаптации к окружающей среде, у нее возникают патохарактерологические расстройства, т.е. психопатизация личности. Эти расстройства можно оценить как негативные, как возникающий дефект личности, утрату выработанных в течение жизни качеств личности, характерные именно для психогенных заболеваний [Лакосина Н.Д., 1984].

*Психогении при остро возникших жизнеопасных ситуациях.* Остро возникшие жизнеопасные ситуации характеризуются внезапностью и чаще всего кратковременностью психогенного воздействия. Разрушения, гибель людей, массовый травматизм усугубляют патогенное воздействие на человека непосредственной угрозы жизни. Поведение в остром периоде внезапно развившейся жизнеопасной ситуации во многом определяется эмоцией страха, которая до определенных пределов может считаться физиологически нормальной и приспособительно полезной, способствующей экстренной мобилизации физического и психического напряжения, необходимого для самосохранения. По существу при любой осознаваемой человеком катастрофе возникают

тревожное напряжение и страх. «Бесстрашных» психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. Все дело в мгновениях времени, необходимого для преодоления чувства растерянности, принятия рационального решения и начала действий. У подготовленного к экстремальной ситуации, компетентного человека адаптация происходит значительно скорее, у полностью неподготовленного сохраняющаяся растерянность определяет длительное бездействие, суетливость и является важнейшим показателем риска развития психогенных психических расстройств [Виноградов М.В., 1989].

Клинические проявления страха зависят от его глубины и выражаются в объективных проявлениях и субъективных переживаниях. Наиболее характерны двигательные нарушения поведения которые лежат в диапазоне от увеличения активности (гипердинамика, «двигательная буря») до ее уменьшения (гиподинамия, ступор). Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12—25% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией [Волович В. Г., 1983; Tyhurst J., 1951]. Вероятнее всего, эта категория лиц с большей долей вероятности относится к диапазону психологической нормы – акцентуации в конституционально-континуальном пространстве. По расспросам людей, испытывавших различные жизнеопасные ситуации и сохранивших в критические мгновения самообладание и способность к целенаправленным действиям, при осознании катастрофичности происходящего они думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранения жизни окружающих. Именно эта «сверхмысль» в сознании и определяла соответствующие действия, выполнявшиеся четко и целенаправленно, т.е. личность преобладала над характером и темпераментом – «надо преобладало над хочу», а не наоборот, что характерно для лиц с конституционально-психотипологической predisposition диапозона ПАЛ.

J. Deaton [1981] обозначает описанное состояние термином “паническая реакция”. Она обычно кратковременна, ее пролонгация зависит от многих факторов как социально-психологических, так и физических. В частности, в этот период неблагоприятное воздействие, способствующее развитию выраженных реакций страха, оказывают переутомление, голод, физическая боль, жара, холод, травматические повреждения.

Следует отметить, что через некоторое время, измеряемое минутами или десятками минут, здоровые и компетентные люди независимо от первичных психических реакций несколько успокаиваются, адаптируются к окружающей обстановке и начинают принимать меры для спасения и выживания.

Неожиданное возникновение жизнеопасной ситуации у неподготовленных людей может вызвать страх, сопровождающийся появлением измененного состояния сознания. Наиболее часто развивается оглушенность, выражающаяся в неполном осмыслении происходящего, затруднении восприятия окружающего, нечетком (неадекватном) выполнении необходимых жизнеспасующих действий. Еще одним важным моментом является то, что большинство людей после внезапно возникшей жизнеопасной ситуации даже при отсутствии физического повреждения вследствие психогенных расстройств являются (особенно в первый период развития ситуации) практически нетрудоспособными [Вахов В.П., 1995].

Специальный обобщенный анализ позволяет проследить [Александровский Ю.А., 1991] определенную динамику возникновения и развития отдельных

психопатологических проявлений у пострадавших, зависящих от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации.

Наряду с невротическими расстройствами у людей, переживших жизнеопасную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт. При этом большое значение имеет как индивидуально значимая психотравмирующая ситуация, так и предшествовавший жизненный опыт, и личностные установки человека. Особенности личности налагают отпечаток на невротические реакции, играя важную патопластическую роль [Александровский Ю.А., 1991].

*Психогении при медленном развитии жизнеопасной ситуации.* Особенности стрессовых воздействий и своеобразие возникающих под их влиянием психических расстройств при относительно медленном развитии экстремальной ситуации, так же как и при внезапном ее возникновении, обычно позволяют условно выделять три периода.

В первый период экстремальное воздействие хотя и развивается в течение нескольких дней, однако затрагивает витальные основы, и в качестве ответа формируются относительно однотипные реакции, определяющиеся разной степенью выраженности тревогой и страхом. Проявления стрессовых реакций у большинства лиц аналогичны таковым при первой стадии реакции на стресс и выражаются в виде снижения двигательной активности или гипердинамии. В отличие от первого во втором периоде при формировании психической дезадаптации значительно большее значение имеют преморбидные особенности личности. Наряду с уже относительно компенсированными переживаниями жизнеопасной ситуации актуальными становятся сообщения об утрате дома, имущества, разобщение с близкими и т. д. Указанные психогенные воздействия обычно растянуты во времени и имеют две качественные характеристики, существенные для психологических механизмов психической адаптации и дезадаптации. С одной стороны, это неопределенность разрешения ситуации во времени, с другой — понимание обязательного ее завершения. Вторая из названных особенностей обуславливает мобилизацию механизмов адаптации и в значительной мере способствует приостановке развития психогенных расстройств на уровне неглубоких, клинически неструктурированных внеличных астено-аффективных реакций. В третьем периоде продолжает существовать один (или несколько) хронифицированных факторов угрозы здоровью и благополучию. В то же время остальные психогенные воздействия становятся менее интенсивными. Сохраняющиеся длительное время неблагоприятные факторы последствий как бы входят в структуру существования людей, в связи с чем у них появляется возможность идеаторной переработки ситуации, собственных переживаний и ощущений. Хронический характер стресса, порой недостаток информации о длительности экстремального воздействия, прогнозе, реальном влиянии на здоровье, возможных мерах устранения — все это определяет перенапряжение и демобилизацию механизмов адаптации. Наряду с сохраняющимися неспецифическими психогенными расстройствами в этот период начинают преобладать личностные, характерологические формы дезадаптации, наблюдаемые в первом и втором периодах лишь в единичных случаях. Однако, как и на протяжении всей ситуации, сохраняется тревожное напряжение. Одновременно в зависимости от структуры личности, соматической отягощенности, наличия экзогенных вредностей развиваются соматизированные депрессии, психосоматические заболевания, декомпенсируются латентные органические заболевания, начинает формироваться патологическое развитие личности [Лобастов О.С., 1991].

Исходя из представленных описаний психогенные расстройства можно рассматривать как единый процесс, динамика и структура которого определяются особенностями экстремальной ситуации и реагирующего человека [Александровский Ю.А., 1991].

#### *IV Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)*

Последнее время и в литературе, и в клинике все чаще ведется речь о новой для нас диагностической категории «посттравматическом стрессовом расстройстве» (ПТСР), который является одним из наиболее глубоких и устойчивых во времени видов стресса.

ПТСР - это необычная для отечественной науки терминология: у нас до настоящего времени посттравматическими было принято называть главным образом нарушения психики, возникающие в результате черепно-мозговых травм. Хотя и в текстовом, и в смысловом выражении – наименования употреблялись и в нашей литературе: например, посттравматическое, реактивное состояние, травматический, контузионный, военный невроз, травматический невроз. Диагноз ПТСР имеет социальное звучание. В США, например, этот диагноз может быть основанием для компенсации, льгот, социальной помощи. В России пока здесь четкие позиции не определились. Однако, из-за нарастания локальных очагов ведения военных действий, локальных войн, этнических конфликтов, терроризма, приобретающего угрожающие размах и, становящегося социальной реальностью нашей страны, с каждым годом интерес к изучению этих состояний возрастает.

Считается, что диагностическая категория ПТСР возникла в результате наблюдений, сделанных в период боевых действия США в Корее и позволивших выделить в руководстве DSM-1 [1952 г.] группу "больших стрессовых реакций" — эти расстройства определялись как состояния, возникающие в ситуации, когда индивид подвергается воздействию значительной физической нагрузки или выраженного эмоционального стресса. Однако подобные расстройства были известны и описывались гораздо ранее. Кроме того, ПТСР не являются последствиями только боевого стресса.

Характеризуя проявления посттравматического стресса у участников войны во Вьетнаме, Чак Дин приводит такие симптомы психологического плана, как неожиданные воспоминания о стрессовой ситуации, ночные кошмары и «военные сны», тенденция исключить контакты с другими людьми, нередко близкими, даже с семьей. Среди патопсихологических симптомов посттравматического стрессового расстройства – депрессия, гнев, плохой сон, кошмарные сны, постоянная усталость, неспособность к концентрации, изменения привычек в еде и сне, длительные головные боли, боли внизу спины, расстройства желудка, переживания чувства вины, недоверие к властям, проблемы в проявлении обычных дружеских чувств и эмоций, неконтролируемые воспоминания и мысли, плохая память, тенденция к самоубийству, повышенная нервозность, агрессивные реакции, раздражительность, замкнутость, злоупотребление алкоголем и курением. Для посттравматического стрессового расстройства характерны отсроченность возникновения симптомов и их нередкая устойчивость во времени, относительно слабая подверженность коррекции медикаментозного типа и психокоррекции.

В конце прошлого столетия в России впервые была создана система оказания психиатрической помощи в экстремальных условиях. Эффективное функционирование



сложившейся системы относится к периоду ведения военных действий в русско-японскую войну. Под руководством В. М. Бехтерева были разработаны основы организации психиатрической помощи в условиях локальной войны и подготовки медицинского персонала.

Л.О. Даркшевич [1916] описывал травматический невроз у участников первой мировой войны. Он отмечал, что этиологический фактор «накладывает особую печать на те болезненные формы, которые развиваются в зависимости от травм, вызывающих психический шок».

Вопрос о последствиях психической травматизации, связанной с переживаниями военного времени, затрагивался и П.Б. Ганнушкиным [1927], выделившим 3 группы симптомов. К первой группе он отнес возбудимость и раздражительность, выходящие за пределы астенической раздражительности, объяснив эти расстройства наличием у пациентов в преморбиде эпилептоидной психопатии, перенесенной травмы головы или напряженными условиями жизни. Ко второй наиболее распространенной группе симптомов П.Б. Ганнушкин отнес приступы депрессии либо довольно длительные и острые, либо более короткие и интенсивные. Их возникновение обусловлено наличием соответствующей конституциональной основы, естественной реакцией пациента на заболевание. или на какое-либо тягостное переживание, имеющееся в прошлом и время от времени всплывающее в сознании больного. Третью группу симптомов представляли различные психогенные истерические расстройства, объясняемые, с одной стороны, наличием ранее неотрагированных психических травм, а с другой — соответствующей конституцией.

Многими отечественными учеными изучались психические нарушения возникающие вследствие стихийных бедствий. Исследование, проведенное Л.Я. Брусиловским и соавт., изучавшими последствия крымского землетрясения 1927г., является одним из наиболее полных и систематизированных. В своей работе они выделили "синдром землетрясения", включающий в себя такие феномены, как головокружение, ощущение колебаний почвы под ногами, слабость, пониженная работоспособность, тошнота, постоянная тревога, нарушения сна.

Изучению значения стихийных бедствий в этиологии нервных и психических расстройств посвящены работы Н.Н. Баженова.

Вторая мировая война с ее неисчислимыми жертвами и системой концентрационных лагерей привела к возникновению таких видов психопатологии, которые представляют собой отдаленные последствия психической травматизации. Врачи разных стран столкнулись с необходимостью лечения и социальной реадaptации лиц, бывших в плену или депортированных в годы войны, у которых сохранились стойкие нервно-психические расстройства.

В конце 40-х годов В. А. Гиляровский [1973] выдвинул понятие о тимогенезе, вкладывая в него представление о патогенном начале, воздействующем на чувства человека и приводящем к различным клиническим состояниям, отличая предлагаемое понятие тимогенеза от широко распространенного понятия психогенеза. Для диагностики последнего он считал необходимым наличие не аффекта вообще как чего-то беспредметного, а аффективного переживания с конкретным интеллектуальным содержанием. Эти ценные теоретические положения В. А. Гиляровского опирались на

огромный и уникальный материал, накопленный психиатрами во время Великой Отечественной войны.

Во время ВОВ и после ее окончания симптоматические психические расстройства у раненых стали объектом интенсивных исследований. Однако клиницисты изучали в основном отдаленные последствия хронического раневого процесса, возникавшие спустя 2—7 мес. после ранений, так как раненые в остром периоде обычно не попадали в поле зрения психиатров, но предполагалось, что на ранних этапах эвакуации психические нарушения у них возникали гораздо больше, чем удавалось наблюдать в психиатрических больницах тыла [Столина Р.Е., 1945].

Изучая отдаленные психические последствия пребывания в концентрационных лагерях у бывших депортированных и военнопленных, В.М. Морозов [1958] описывал симптомы прогрессирующей астении и преждевременного старения как результат отдаленных последствий травматизации.

Японские ученые провели много исследований по выявлению психических нарушений у лиц, выживших после бомбардировок Хиросимы и Нагасаки. Были обнаружены психические расстройства как психогенного, так и экзогенно-органического характера. Работы последних лет показали, что распространенность тяжелых психических расстройств у этих лиц в 6 раз превышает популяционные показатели.

К концу 70-х годов была накоплена «критическая масса» научных исследований о воздействии различных катастрофических психических травм (помимо боевых) на состояние здоровья человека. Были описаны:

- «патологическое горе» [Lindeman E., 1944],
- «синдром узников концентрационных лагерей» [Franki V., 1959; Niederland W.G., 1964],
- «посттравматический невроз выживших», или «посттравматическая психологическая болезнь» [Leopold R.L., Dillon H., 1963],
- «синдром выживших» после различного рода катастроф [Niederland W.G., 1968; Lifton R.J., 1967];
- «синдром изнасилованных» [Burgess A.W., Holmstrom L.L., 1974; Hiberman E., 1976],
- «постэмоциональный синдром» [Poiso Y., Mouzen M.C., 1976],
- «синдром эмоциональной неустойчивости» [Wefrehs M.H., 1977] и другие.

При сравнении вышеуказанных состояний выяснилось, что, несмотря на различные виды и содержание катастрофических событий (участие в боевых действиях, землетрясения, наводнения, атомная бомбардировка, изнасилование и пр.) у людей различных национальностей, с разной степенью жизнестойкости реагирование человека на катастрофу и ее последствия оказались в некоторых аспектах очень похожи.

Специфика, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в

качестве самостоятельного синдрома [Hogowitz M.J. et al., 1980]. Данный синдром был включен в руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-III) и обрел официальный статус под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» — ПТСР (post-traumatic stress disorder — PTSD) в группе тревожных расстройств [APA, 1980].

Официальное признание данной диагностической категории позволило сосредоточить еще большие усилия ученых по углубленному изучению последствий стресса и способствовать распространению концепции ПТСР в развитых странах мира. После изучения и полевых испытаний, проведенных 110 институтами в 40 странах мира под эгидой ВОЗ, данная категория была включена в V главу (психические и поведенческие расстройства) международной классификации болезней 10-го пересмотра — МКБ-10 [WHO, 1989, 1992]. В разделе F-4: «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» выделена специальная рубрика F-43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», в которой выделяются «острая реакция на стресс» (F-43.0), «посттравматическое стрессовое расстройство» (F-43.1) и «расстройства адаптации» (F-43.2). В качестве диагностических критериев приводятся следующие:

**А.** Факт воздействия стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс у любого индивидуума.

**Б.** Стойкие воспоминания или «оживление» агрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих стрессор или ассоциирующихся с ним.

**В.** Проявления у больного фактического стремления избегать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

**Г.** Любое из двух:

1. Психогенная амнезия в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора (частичная либо полная).

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднение засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднение концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может учитываться, но эти случаи должны быть с высокой степенью точности зафиксированы отдельно).

Течение ПТСР может быть острым (1—3 мес.) или хроническим. Появление клинической симптоматики может быть отсрочено по времени после непосредственного переживания травматического события на месяцы и даже годы. Интенсивность клинических проявлений ПТСР может меняться, усиливаясь при дополнительном стрессорном воздействии окружающей больного среды.

Хороший прогноз коррелирует с быстрым развертыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний, а также физических последствий травмы (в затяжных случаях пациент становится фиксированным уже не на самой травме, а на ее последствиях, например, инвалидности). Как уже упоминалось, в силу особенностей человеческой психики наименьшие последствия вызывают природные катастрофы (стихийные бедствия), а наибольшей по длительности и интенсивности оказывается реакция на человеческий стрессор (разбойное нападение, сексуальное насилие, терроризм).

Различают острые, хронические и отсроченные посттравматические стрессовые расстройства. Острые ПТСР характеризуются фиксацией на пережитой травме, пониженной реактивностью, когнитивными и вегетативными нарушениями, изменением настроения. Они возникают вслед за прекращением непосредственного воздействия психотравмирующего фактора. Острые ПТСР могут либо постепенно редуцироваться, либо перейти в хроническую форму. Для хронических расстройств характерны такие симптомы, как внезапные наплывы ярких образных воспоминаний, бессонница, ночные кошмары, приступы паники, нарушения концентрации внимания и "провал" памяти, аутизация, эмоциональные нарушения (вспыльчивость, повышенная раздражительность, гневливость, чувство вины, стыд) [Спивак Л.И., 1990; Цыганков Б.Д., 1996].

По своему клиническому проявлению отсроченные ПТСР сходны с острыми. Различие между ними состоит лишь во времени возникновения. Отсроченные расстройства характеризуются определенным периодом бессимптомного течения и, развиваются спустя известное время после травматизации, которое измеряется иногда несколькими месяцами.

Со времени выделения PTSD в рамках DSM-III-R диагностические критерии стрессовых расстройств продолжают интенсивно изучаться и обсуждаться [Breslau N., David G.C., 1987; Orr S.P. et al., 1990]. Проблема воздействия травматического стресса на психическое здоровье человека рассматривается с прямо противоположных точек зрения — от полного отрицания каких-либо негативных эффектов до признания стресса в качестве основного этиологического фактора PTSD [Madakasira S., O'Brien K.F., 1987]. Ряд исследователей высказывают сомнения по поводу существования стрессоров, которые обязательно приводят к PTSD [Breslau N., Davis G.C., 1987]. С другой стороны, известны группы стрессоров, воздействие которых приводит к развитию тяжелой психической патологии практически в 100% случаев (пытки).

Одним из основных направлений теоретических дискуссий является выяснение той роли, которую играют различные травмирующие жизненные события в генезе психических расстройств. Шоковые психотравмирующие факторы отличаются большей

силой и внезапностью воздействия. Как правило, они связаны с угрозой жизни или благополучию, воздействуют непосредственно на инстинкт самосохранения и практически неизбежно вызывают те или иные психические нарушения [Вахов В.П., 1995].

Ряд исследователей подразделяют патогенные факторы на внешнюю агрессию и эмоциональную травму. Внешняя агрессия характеризуется внезапной непредвиденной опасностью и угрозой смерти и считается достаточно обоснованной причиной возникновения ПТСР. W. Sargant, E. Slater подчеркивали значимость внешней агрессии, утверждая, что при определенных обстоятельствах, когда люди сильно травмированы "никто не обладает иммунитетом". По мнению В.В. Ковалева [1979], шоковые психотравмирующие факторы ввиду непосредственного их воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы не осознаются в полной мере и в силу быстроты их действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения. Подобные шоковые психотравмирующие факторы, типа захвата в заложники, вызывают особенно драматические последствия у представителей диапазона ПАЛ, у которых преобладает инстинктивная деятельность. Некоторые авторы в качестве психотравмирующего фактора выделяют недостаточную информированность, необученность, неопытность пострадавших в экстремальных условиях и восприятие индивидом ситуации как необычной, что и вызывает патологическую стресс-реакцию. Причем, по мнению И.М. Хавенаар и соавт. [1995], изучавших последствия чернойбыльской катастрофы, уровень стресса в очень значительной степени может определяться воздействием имеющейся информации, а не уровнем реальной опасности.

Ф.И. Иванов [1970], исследующий психогенные психозы в период ВОВ, признавал весьма важным в развитии этих состояний характер психотравмирующего воздействия — его внезапность, темп, повторяемость и жизненную значимость. Предрасполагающими факторами, по его мнению, могли служить перенесенные в прошлом травмы черепа, нейроинфекции, а также личностные особенности заболевших. И другими авторами отмечается зависимость клинической картины от характера психотравмы — была она острой или хронической, непосредственной или потенциальной, а также от ее содержания [Ковалев В.В., Асанова Н.К., 1979; Морозова Н.Б., 1994; Вострокнутов Н.В., 1995].

Помимо самой травмы существуют также дополнительные факторы, определяющие в известной мере то, как индивидуум переживает полученную травму. Важным внутренним условием возникновения реактивных состояний является наличие особых черт личности [Ганнушкин П.Б., 1927; Сухарева Г.Е., 1959; Ковалев В.В., 1979; Каменченко П.В., 1992; А.В. Кочергина, 2000; Н.В. Куксова, 2002; Т.Е. Никитина, 2003; О.И. Боев, 2003].

По мнению зарубежных авторов, существует множество и других факторов, влияющих на возникновение ПТСР. V. Charlot, H. Giover, J.O. Buchbinder [1980] особо выделяют такие, как чувство изоляции, потеря доверия к властям, чувство вины перед погибшими. В.К. Jordan указал на этиологическую значимость преморбиды и социальной среды, которая окружает пострадавшего. Важным этиологическим фактором является невозможность заключить свои переживания в рамки прежних схем. Агрессия может разрушить нормы и ценности индивида, на базе которых он строит свое представление о самом себе, о мире и о своем месте в нем. Разрушение прежних представлений по F. Weil [1982], вызывает смятение, гнев и неуверенность в себе.

Важным внутренним детерминирующим фактором стрессовых реакций, определяющим и их неоднозначную зависимость от характера внешних воздействий, является фактор типологического склада личности. В зависимости от типологического склада личность оказывается предрасположена к одним или другим видам стрессовых реакций или же способна проявлять значительную устойчивость к внешним влияниям.

В работах П.И.Сидорова, С.В. Литвинцева, М.Ф. Лукманова [1999] указывается, что ближайшие первичные реакции в ответ на острое стрессовое воздействие наиболее благоприятными были у гипертимных, неустойчивых и конформных личностей. Однако именно среди них чаще развивались ПТСР в отдаленном периоде. В противоположность тому, наличие шизоидной, сенситивной, астеноневротической, лабильной и психастенической акцентуации более предрасполагало к затяжному течению в ближайшем периоде, тогда как ПТСР в катанезе при названных типах акцентуаций развивались реже. Эпилептоидная акцентуация способствовала затяжному развитию, а в отдаленном периоде ПТСР зависела от преобладающих копинг-стратегий. Затяжное течение в значительной мере обуславливалось стратегиями избегания, установками на изменение ситуации и «бегство» из нее или на отказ от преодоления трудностей. Протест, возмущение, направленность аффекта на окружающих являлись предиспозицией к развитию дезадаптации в отдаленном периоде. Наконец, мрачность прогноза, направленность тревожных опасений в будущее, самообвинение и аутоагрессивные тенденции ухудшали прогноз как ближайших, так и отдаленных исходов [Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф., 1999].

##### *5. Феноменологическое описание психологических и психопатологических реакций у жертв терроризма (заложничества)*

Изучение любого явления начинается с диагностики. Диагностика – процесс распознавания явления во всем много- и своеобразии с оценкой индивидуальных биологических, психологических и социальных особенностей. Диагностика – одна из специфических форм познания [Бухановский А.О., 1999]. Как познание диагностика должна быть построена методологически правильно, иметь внутреннюю логику и соответствовать определенным принципам. Основным принципом на сегодняшний день можно считать феноменологический принцип, который был введен немецким психиатром и психологом Карлом Ясперсом в начале XX века. В основе феноменологического подхода лежит понятие «феномена». Феноменом обозначают любое индивидуальное целостное психическое переживание, которое должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических. Поэтому, начав изучение такого явления как посттравматические стрессовые расстройства, мы посчитали целесообразным, в первую очередь, детально остановиться на первом этапе диагностического процесса, задачей которого является – выделение и феноменологическое описание разнообразных признаков изучаемого явления, в частности, феноменологическое описание начальных реакций в картине формирования ПТСР. Напомним, что испытуемые были обследованы в первые же дни после пребывания в ситуации заложничества, и всех признаков (по классификации МКБ-10), соответствующих сформированному целостному посттравматическому стрессовому расстройству у них отмечено не было. Динамические клинические, психологические и психофизиологические исследования заложников на протяжении 4-х лет позволили выделить лиц, у которых сформировались простые или сложные, стойкие или нестойкие по своей структуре посттравматические стрессовые расстройства. Патогенетический

анализ психологических переживаний проводился с позиций концепций отношений личности отечественных психологов и психиатров В.Н. Мясищева и А.Ф.Лазурского.

В основу понимания феноменологических проявлений на психологическом уровне у испытуемых, переживших терроризм в виде заложничества были положены два критерия: 1-й – конституционально-типологическая личностная predisпозиция в виде места расположения пострадавшего в конституционально-континуальном пространстве: психологическая норма-акцентуация, пограничная аномальная личность; 2-й – характер психотравмы, изменяющей отношения личности.

Опираясь на указанные критерии проведена попытка дифференциации лиц с признаками информационно-стрессовых поражений, которая отчетливо продемонстрировала психологические различия в переживаниях испытуемых.

Так, лица с признаками ПТСР, перенесшие **острый информационный стресс** в результате акта терроризма и попадания в ситуацию заложничества, отреагировали на стрессовую ситуацию всплеском ярких, отчетливых реакций, соответствующих личностному базовому психотипу, окрашенных, в первую очередь, *вегетативной неустойчивостью*, которая обусловлена резким повышением уровня *конституциональной тревоги*. Вегетативные нарушения отличаются необычайно широким спектром и глубиной проявлений. Отмечается также появление у всех испытуемых реакций, присущих *истерическому типу реагирования*, причем, наряду с преобладанием *интравертированности*, что является признаком, указывающим на вероятностную личностную дисгармоничность, а также настораживающим фактором при попытке дальнейшего прогноза развития ПТСР. Подобное взаимосочетание отражает попытку индивидуума приспособиться и пережить травматичную ситуацию. Это происходит за счет устранения тревоги путем соматизации и одновременного вытеснения ее с формированием поведения, характерного для истерической личности, когда ответные реакции осуществляются за счет появления соматической симптоматики, которая позволяет рационально объяснить затруднения и, во-вторых, за счет возникновения различной психопатологической симптоматики невротического уровня.

Психологические реакции испытуемых, переживших **хронический информационный стресс**, отличаются меньшей выраженностью, но большим разнообразием. Это, возможно, обусловлено тем, что реакции лиц переживших острый стресс более идентичны, а реакции, развивающиеся под воздействием длительного стрессора, постепенно обнажают личностные конституционально обусловленные особенности. На первом плане у этих испытуемых оказываются нарушения, характерные для *невротической субдепрессии*, отличающейся некоторой сглаженностью. Все испытуемые переживают подавленное настроение, отличающееся невеселостью, угрюмостью, безрадостностью; жалуются на разбитость, заторможенность, вялость, слабость, слезливость, недовольство собой и окружающими. Аффект тоски носит «матовый», стертый характер, но не распространяется на будущее. Испытуемые жалуются, что им скучно, грустно, «тяжело на душе». Расстройства сна проявляются, в основном, в виде трудности засыпания, а по утрам отмечаются трудности просыпания, ощущение вялости и разбитости (постсомнические нарушения). Все жалобы больных сопровождаются стойкими *вегетативными расстройствами*, среди которых преобладают: повышение артериального давления, спастическое состояние кишечника. Указанная симптоматика сочетается с ощущением физической слабости, раздражительности, что позволяет предполагать формирование признаков астенической депрессии. При этом уровень как конституциональной, так и невротической тревоги остается в верхних границах нормы.

При сравнении лиц с признаками ПТСР и, относящихся к контрольной группе, отчетливо выделены показатели, позволяющие проводить достоверную диагностику лиц с признаками острого информационного поражения. На первом плане, как уже указывалось выше, яркие и глубокие реакции, спаянные с вегетативными нарушениями, а также реакции, характерные для истерического типа реагирования.

На основании сравнительного анализа, проведенного между контрольной группой и группой лиц с признаками хронического информационного поражения, можно выделить диагностически значимые реакции, характерные для исследуемой группы: обсессивно-фобические реакции широкого спектра, реакции невротической депрессии.

Говоря о выборке **акцентуантов** с признаками ПТСР, из числа пострадавших, можно свидетельствовать о том, что их реакции, в ответ на воздействие острого информационного стрессора, носят глубокий и очерченный характер. На первом плане у них оказываются психологические реакции, «спаянные» с *вегетативными нарушениями*. Отмечаются ярко выраженные реакции со стороны всех систем организма: желудочно-кишечный тракт – усиление перистальтики кишечника (диарея, колиты), тошнота, ощущение тяжести в области желудка, рвота; дыхательная система – одышка, затруднения вдоха, аритмичность дыхания, ощущения недостатка воздуха; сердечно-сосудистая система – повышение артериального давления, тахикардия, аритмия; мочеполовая система – учащение мочеиспускания, расстройства менструального цикла, либидо. Особое место среди вегетативных нарушений занимают расстройства сна, в виде постоянной сонливости днем и упорной бессонницы ночью. Также выступают болевые симптомы *в рамках истерического реагирования*, которые имеют различный характер и разнообразную локализацию – кардиолгии, болевые ощущения в области туловища, цефалгии; речевые расстройства представлены заиканием и афонией.

Среди психопатологических симптомов можно выделить следующие: понижение порогов чувствительности, проявляющееся психической *гиперестезией* (как нарушения ощущений); нарушения памяти, представленные *гипермнезией* (непроизвольное оживление памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и неактуальных в настоящем), и *скотомизацией* (выпадение из памяти отдельных неприятных, неприемлемых для личности событий и фактов, возникающее у лиц, преморбидно не имеющих истерических черт характера). Возможно, именно скотомизацией можно объяснить такое явление ПТСР как *дисторсии* - паралогические комплексы (аффект-идеи, характерные для аутистического мышления) - высказывания некоторых заложников в пользу правильности действий террористов, обоснованности их холодной жестокости. При этом протестные действия в период заложничества, провоцировавшие конфликты и угрозу агрессии со стороны террористов, характерны именно для этой категории заложников. *Навязчивые сомнения* с мучительной неуверенностью в правильности и завершенности своих действий, *сверхценные идеи виновности* выступают как нарушения содержания мышления; *тревога* (эмоциональная реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, боязливым ожиданием надвигающейся беды), *эмоциональная лабильность* (быстрая и частая смена полярности эмоций), *слабодушие* (невозможность сдерживать внешние, контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций до слезливости) – как проявления эмоциональных нарушений; расстройства волевой сферы – *анорексия* (угнетение пищевого инстинкта), *снижение либидо* (угнетение полового влечения), *тревожно-депрессивная гиперкинезия* (ажитация) и нарушения внимания, представленные *рассеянностью, истощаемостью и отвлекаемостью*. Нельзя не отметить отчетливо наблюдаемое повышение уровня *ситуационной и*



*конституциональной тревоги*. Подобное повышение дает толчок к тому, что тревога соматизируется, отличаясь чувством неопределенной угрозы, диффузными опасениями, а в дальнейшем сменяется «животным» страхом. Ощущение тревоги распространяется как на межперсональные отношения, так и на процессы, происходящие в собственном организме с последующими ипохондрическими переживаниями.

Также следует выделить психопатологические реакции, относящиеся к *астеническому синдрому*: раздражительность, повышенная утомляемость и истощаемость нервно-психических процессов, нетерпеливость, быстрое истощение целенаправленной активности, падение физической трудоспособности, аффективная лабильность, с преобладанием дистимического настроения.

Пребывание в психотравмирующей ситуации для представителей регистра ПАЛ также обернулось рядом психологических и психопатологических реакций. Однако их ответные реакции имеют несколько иной характер, чем реакции акцентуантов из той же выборки испытуемых. Одним из отличий является то, что реакции представителей ПАЛ, в ответ на воздействие острого стрессора, носят характер психопатологических симптомов, которые с большим трудом можно отнести к какому-либо определенному психопатологическому синдрому, т.е. они носят диффузный и, на первый взгляд, достаточно поверхностный характер. Среди психопатологических реакций следует выделить следующие: нарушения ощущений, представленные *психической гипестезией*, связанной с повышением порога чувствительности (заметим, что у акцентуантов было отмечено снижение порога чувствительности); нарушения восприятия – психосенсорные расстройства в виде нарушения восприятия течения времени и последовательности развития событий (*тахии и брадихронии*); нарушения памяти – *гипомнезия* (частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, проявляющаяся слабостью воспроизведения дат, имен и т.п.), *аффектогенная амнезия* (пробелы памяти, возникающие по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью событий, а также событий, совпавших во времени с сильным потрясением) и *анэфория* (неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, которые извлекаются из памяти только после подсказки); нарушения мышления – расстройства содержания мышления (*навязчивые воспоминания, навязчивые тики, агорафобии* (боязнь открытых пространств), *монофобии* (боязнь одиночества), *гамартофобии* (страх совершить недостойный поступок) и нарушения формы ассоциативного процесса в форме *замедления темпа; тоска* (эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов), *тревога* как проявления эмоциональных расстройств; нарушения волевой сферы, представленные *анорексией, снижением либидо, гипобулией* (снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающееся регрессом ее мотивов) и *диссоманией* (стремление к употреблению спиртных напитков) в форме навязчивых влечений, а также нарушения внимания – *рассеянность, сужение объема и тугоподвижность* внимания.

Среди *расстройств вегетативных функций* следует выделить следующие: чувство нехватки воздуха, спазмы гладкой

мускулатуры в виде ощущения сжатия гортани, задержки мочеиспускания, тошнота, лабильность пульса, колебания артериального давления, головокружения, нарушения менструальной и половой функций, боли в суставах (артралгии), в области печени (гепаталгии), желудка (гастралгии). В отличие от вегетативных нарушений акцентуантов из этой же выборки пострадавших, значительное место занимали нарушения зрения в виде сужения полей зрения, амблиопии (снижение остроты зрения), астиопии (повышенная утомляемость зрения) и двигательные расстройства, представленные дрожью, вздрагиваниями, неуверенностью и шаткостью походки, спазмами, различной интенсивности, гладкой мускулатуры пищевода, вызывающих то «истерический комок», то ощущение «затруднения» при прохождении пищи.

Обращает на себя внимание тот факт, что при повышении уровня *конституциональной тревоги*, уровень ситуационной тревоги у представителей регистра ПАЛ остается в рамках верхней границы нормы, что, соответственно, придает тревоге несколько иную окраску - тревожные опасения сочетаются с высокой склонностью к образованию навязчивых страхов, а нейросоматические ощущения отличаются внешней изменчивостью с тенденцией к их углублению и стабилизации. Столь своеобразное изменение в соотношении конституциональной и ситуационной тревоги подтверждает наше предположение (1999 г.) о том, что информационно-стрессовые факторы способны актуализировать конституциональные механизмы эндогенеза у представителей пограничной аномальной личности как промежуточного диапазона в конституционально-континуальном пространстве между нормой - акцентуациями и психопатиями.

Таблица 1.

**Первичные психологические и психопатологические реакции в ответ на воздействие острого информационного стрессора у представителей различных диапазонов конституционально-континуального пространства личности: диапазон психологической нормы-акцентуации, диапазон пограничной аномальной личности.**

<i>Диапазон нормы-акцентуации</i>	<i>Диапазон ПАЛ</i>
<b><i>Фрагментарные и abortивные вегетативные нарушения, «спаянные» с психологическими реакциями</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• усиление перистальтики кишечника (диарея, колиты), тошнота, ощущение тяжести в области желудка, рвота</li> <li>• одышка, затруднения вдоха, аритмичность дыхания, ощущение недостатка воздуха</li> <li>• повышение артериального давления, тахикардия</li> <li>• учащение мочеиспускания, расстройства менструального цикла</li> <li>• расстройства сна, в виде постоянной сонливости днем и упорной бессонницы ночью</li> <li>• болевые ощущения в области сердца, спины, головные боли</li> <li>• речевые расстройства - заикание и афония</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чувство нехватки воздуха, спазмы гладкой мускулатуры в виде ощущения сжатия гортани</li> <li>• задержка мочеиспускания</li> <li>• тошнота</li> <li>• лабильность пульса, колебания артериального давления, головокружения</li> <li>• нарушения менструальной и половой функций</li> <li>• сужение полей зрения, амблиопии, астенопии</li> <li>• двигательные расстройства, представленные дрожью, вздрагиваниями, неуверенностью и шаткостью походки</li> <li>• артралгии, гепаталгии, гастралгии, головные боли</li> </ul>

<i>Вегетативные нарушения, «спаянные «спаянные» с психологическими реакциями</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• психическая гиперестезия</li> <li>• гипермнезия</li> <li>• скотомизация</li> <li>• навязчивые сомнения с мучительной неуверенностью в правильности и завершенности своих действий</li> <li>• сверхценные идеи виновности</li> <li>• эмоциональная лабильность</li> <li>• слабодушие</li> <li>• анорексия</li> <li>• снижение либидо</li> <li>• ажитация</li> <li>• рассеянность, истощаемость и отвлекаемость внимания</li> <li>• повышение уровня ситуационной и конституциональной тревоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>психическая гипестезия</li> <li>• тахи- и брадихронии</li> <li>• гипомнезия</li> <li>• аффектогенная амнезия</li> <li>• анэфория</li> <li>• навязчивые воспоминания</li> <li>• агорафобии</li> <li>• монофобии</li> <li>• гамартофобии</li> <li>• замедления темпа мышления</li> <li>• тоска</li> <li>• анорексия</li> <li>• снижение либидо</li> <li>• гипобулия</li> <li>• дипсомания</li> <li>• рассеянность, сужение объема и тугоподвижность внимания</li> <li>• повышение уровня конституциональной тревоги</li> </ul>

Результаты представляют собой достаточно демонстративное подтверждение того факта, что у представителей диапазона пограничной аномальной личности в ответ на острый информационный стресс в первые 7 дней наблюдаются глубинные психобиологические реакции, относящиеся к более раннему эволюционному периоду формирования человека. Другими словами, у представителей ПАЛ наблюдается тенденция к архаичным типам реагирования. В то же время у представителей диапазона психологической нормы-акцентуации в ответ на острый информационный стресс, начальные признаки древнего психобиологического реагирования сочетаются с доминирующими психологическими

переживаниями, соответствующими конституционально-психотипологическим личностным особенностям.

Известно, что в особых обстоятельствах каждый личностно-характерологический тип может выявиться во всей своей полноте. Обычно это случается, когда какая-либо психическая травма или трудная жизненная ситуация, адресована к «месту наименьшего сопротивления» данного психотипа. С учетом влияния личностного фактора в формировании посттравматического стрессового расстройства, для более детального изучения интересующей нас группы (пострадавшие с признаками ПТСР, перенесшие острый информационно-психологический стресс в результате акта терроризма и пребывания в ситуации заложничества и испытываемые были разделены по степени детерминированности конституционально-психотипологических особенностей на 4 группы: с циклоидной структурой психотипа циклоиды, с шизоидной, с истероидной и эпилептоидной структурой психотипа двух диапазонов конституционально-континуального пространства – диапазон психологической нормы-акцентуации и диапазон ПАЛ.

Так у пострадавших, относящихся к **акцентуантам шизоидного типа**, в ответ на острый стресс на первый план выступили психологические реакции, «спаянные» с *вегетативными расстройствами* (Приложение: диаграмма 1). Характерной особенностью были реакции, затрагивающие все системы организма: со стороны желудочно-кишечного тракта – изменение стула (диарея), появление колитов, снижение аппетита, тошнота, ощущение тяжести в области желудка, рвота; со стороны дыхательной системы – одышка, затруднения вдоха, аритмичность дыхания, ощущения недостатка воздуха; сердечно-сосудистой системы – повышение артериального давления, тахикардии, аритмии; мочеполовой системы – учащение мочеиспускания, расстройства менструального цикла (обильные, учащенные менструации (меноррагии и полименоррагии), боли во время менструаций (дисменорея), снижение либидо; со стороны скелетно-мышечной системы – боли в области спины. Головные боли отличаются силой и продолжительностью. Расстройства сна представлены в виде упорной бессонницы ночью.

Наряду с вегетативными нарушениями отмечены отдельные, нестойкие симптомы *астенического психопатологического симптомокомплекса*: повышенная утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности, как результат – истощаемость произвольного внимания и его концентрации, нарастание рассеянности, отвлекаемость, затруднения сосредоточения. Отмечаются проявления дефицита внимания – нетерпеливость, склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопроса, частый переход от одного незавершенного действия к другому, склонность терять необходимые вещи, мешать другим и «приставать к окружающим». Среди расстройств памяти следует выделить аффектогенную амнезию, функциональные затруднения запоминания и активного вспоминания, что сочетается с затруднениями осмысления содержания беседы. В поведении проявляются нетерпеливость, быстрое истощение целенаправленной активности, недоведение начатого до конца. Падает физическая и умственная трудоспособность. Наряду с аффективной лабильностью, раздражительной слабостью в сочетании с гиперестезией, отмечается повышение уровня *конституциональной тревоги*, что приводит к заострению таких черт характера как пессимизм, замкнутость, молчаливость, застенчивость, чрезмерная серьезность, неуверенность в себе, в своих силах, сенситивность, ипохондрическая фиксация на неприятных нейровегетативных и нейросоматических ощущениях. В обычной ситуации люди данного типа легко отождествляют себя с другими людьми и отдельными аспектами своего бытия.

Под воздействием острого стрессора это отождествление нарушается в связи с изменениями в системе установившихся связей, что воспринимается как катастрофа, как угроза разрыва симбиотических связей и - вызывает тревогу. Пострадавшие выглядят как ушедшие в себя и избегающие общения субъекты. Однако, в этот момент они как никто нуждаются в глубоких и прочных контактах с окружающими. Внешняя уединенность и отгороженность отражают стремление избежать разочарования. Они испытывают потребность привлечь и удержать внимание окружающих, дорожат их оценкой, стремятся приобрести и сохранить их близость, что провоцирует фрагменты истерического поведения. Признаки истерического типа реагирования следует расценить прогностически как неблагоприятные, поскольку они не составляют личностную структуру акцентуантов с шизоидным психотипом. Акцентуанты-шизоиды ощущают себя ответственными за судьбы других. Для них оказываются характерными реакции, сопровождающиеся чувством вины, гневом, направленным на себя и абортными проявлениями аутоагрессии.

Подобный полиморфизм психологических и психопатологических реакций наряду с заострением отдельных личностных особенностей указывает на вероятно неблагоприятный прогноз в отношении синдромального формирования ПТСР.

Психологические реакции акцентуантов **истероидного типа**, в аналогичной ситуации отличаются выраженностью *расстройств чувствительности и вегетативных функций* (Приложение: рисунок 2). Однако, следует заметить, что их реакции не носят столь глубокий характер, как реакции испытуемых вышеуказанной группы. В психологическом и психическом здоровье пострадавших на первый план выступают болевые симптомы *в рамках истерического реагирования*, которые имеют различный характер и разнообразную локализацию – тактильная, температурная и болевая гиперестезии, болевые ощущения в области сердца, желудка, мочевого пузыря, головные боли (чаще в виде обруча, стягивающего лоб и виски), различные спазмы гладкой мускулатуры пищевода, вызывающие то «истерический комок», подкатывающийся к горлу, то ощущение затруднения в прохождении пищи по пищеводу; частые рвоты; одышки и чувство нехватки воздуха, вздутия кишечника, диарею, тахикардии, лабильность пульса, повышение артериального давления, снижение либидо. Среди отмечаемых расстройств следует выделить речевые, в частности, - заикание и афонию. Менее выраженными оказываются двигательные расстройства, представленные дрожью всего тела, вздрагиваниями конечностей, неуверенностью и шаткостью в походке.

Среди психопатологических расстройств преобладают: *фобии, психогенные амнезии, эмоциональная лабильность, аффективно-непоследовательное мышление.*

Весьма важным на наш взгляд является тот факт, что характерные для истерической личности черты - эгоцентризм, кажущаяся нарочитость, демонстративность, жажда внимания и восхищения, требование признания и сочувствия, переместились с авансены клинико-психологических проявлений за «кулисы», уступив место в интерперсональном общении, таким чертам как осмотрительность, уступчивость, ориентация на мнение окружающих и подчинение, приверженность к соблюдению общепринятых правил и норм поведения в первые дни после перенесенного заложничества. Следовательно, для акцентуантов истероидного типа в ответ на воздействие острого информационного стрессора характерно было временное «сглаживание» личностно-характерологических особенностей, что, возможно, и помогло им не столь болезненно пережить информационный стресс. В последующем же, когда испытуемые осознали исчезновение реальной угрозы их жизни и здоровью, то на первое

место в структуре переживаний стали выступать личностно-характерологические особенности, которые и определяли в дальнейшем вектор и содержание психопатологических переживаний.

Острая информационно-психологическая травма у *эпилептоидных акцентуантов* привела к развитию глубоких психологических переживаний. Психологические реакции, выступившие на первый план, оказались тесно связанными с *вегетовисцеральными расстройствами*, в первую очередь, - это сердечно-сосудистые нарушения (сердцебиения, ощущения сжатия и болей в области сердца), мышечные, суставные и головные боли, потливость, похолодание конечностей, нарушения сна. Параллельно отмечается резкий подъем уровня *конституциональной тревоги с нейросоматизацией*. Клинико-психологическая тревога проявляется ощущением неопределенной угрозы, характер и время которой не поддаются предсказанию, диффузными опасениями и тревожным ожиданием, которые в дальнейшем сменяются страхом. При этом наблюдаются: утрата интересов, ощущение безразличия, затруднения межличностных связей, недостаток побуждения к активной деятельности, подавленность влечений, застенчивость и чрезмерная серьезность. Ощущение угрозы переносится с межперсональных отношений на процессы, происходящие в собственном организме. Обостряется озабоченность своим физическим состоянием, неверие в благополучный исход, пессимизм, что сопровождается умеренно выраженной ригидностью мышления, поведения по отношению к внешним воздействиям, которая окружающими воспринимается как несговорчивость и упрямство. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих, наконец, неудовлетворенная симбиотическая тенденция. Значимость переживаний подчеркивается связью с жизненно важными функциями органов и систем организма. Наряду с вышеперечисленным отмечается повышенная возбудимость, раздражительность в сочетании с быстрой истощаемостью и утомляемостью, повышенная чувствительность к различным раздражителям, к ощущениям внутренних органов, слезливость, обидчивость, снижение настроения. Указанные симптомы являются признаками *астенического психопатологического симптомокомплекса*, который на начальных этапах осложняется присоединением переживаний истерического типа вплоть до сочетания с *истерической симптоматикой*. Отмечается стремление одновременно ориентироваться на внешнюю оценку (с вытеснением отрицательных сигналов, исходящих из окружения) и наряду с этим, - ощущение враждебности со стороны окружающих. В результате, на первый план личностных переживаний выступают недоверчивость и подозрительность вплоть до гетероагрессивности, которые подавляются при осуществлении широких социальных контактов, но при более тесных – отчетливо актуализируются вновь. Необходимо подчеркнуть, что упорные соматические жалобы используются ими для манипуляции мнением и поведением окружающих.

Следовательно, в первый период после воздействия острого информационно-социального стрессора у эпилептоидных акцентуантов мы наблюдаем одновременное возникновение глубоких психологических переживаний, сочетающихся с психопатологическими симптомами, которые уже на уровне патологической реакции имеют тенденцию к синдромальному структурированию. Подобная тенденция патокинеза психологических и психопатологических признаков не вызывает оптимизма в отношении прогноза синдромального этапа формирования ПТСР.

Пребывание в психотравмирующей ситуации для *циклоидных акцентуантов* не обернулось столь яркими психологическими реакциями, как для представителей вышеуказанной группы. В первую очередь, отмечается снижение порога возбуждения в

отношении стимулов, вызывающих тревогу, что нашло отражение в появлении таких признаков как беспокойство и тревога за собственное здоровье, за близких и родных, неуверенность при общении с окружающими, нетерпеливость, непоседливость и нерешительность. Ярко выраженным оказывается ощущение внутренней напряженности, готовности к возникновению какой-либо неожиданности, неприятности, которые, однако, не расцениваются еще как угрожающее. Последнее, с нашей точки зрения, обусловлено высоким уровнем природного оптимизма. По мере нарастания внутренней напряженности отмечаются затруднения в выделении сигнала из фона, т.е. в дифференцировании значимых и незначимых раздражителей. Появляется стремление удержать в центре внимания даже несущественные факты, учитывать и предвидеть даже маловероятные возможности. Снижается способность выделить в совокупности фактов действительное и реально важное, абстрагироваться от малозначительных деталей. Изменяющееся нормальное соотношение между значимыми сигналами и фоном ведет к тому, что фон утрачивает нейтральность, круг стимулов получающих эмоциональную значимость, неограниченно расширяется. Это обуславливает недостаточную способность к концентрации внимания, сомнения и колебания при необходимости принять решение, неуверенность по поводу прогнозирования возможных последствий. В этот период каждый новый стимул начинает восприниматься как угрожающий. В результате травмирующая ситуация не оценивается достаточно определенно, что ведет к усилению тревожности. Отмечаются нарушения, характерные для круга *расстройств истерического реагирования*. Испытуемые стремятся производить впечатление на людей, однако, наряду с этим отличаются чувством ответственности и альтруистическими наклонностями, охотно организуют свое поведение в соответствии с ролью человека, оказывающего помощь окружающим. Циклоидные акцентуанты отличаются хорошей адаптацией в окружающей среде с чувством уверенности в себе, высокой социальной приспособляемостью, экстравертированностью.

Испытуемые данной группы наиболее благополучно переживают острую информационно-стрессовую ситуацию. Их реакции носят поверхностный и абортивный характер, а отсутствие тенденции к генерализации и стойкости психопатологических симптомов в их тесной связи с психологическими реакциями, позволяет рассчитывать на благоприятный прогноз в отношении вероятностного формирования ПТСР.

Далее обратимся и рассмотрим специфику формирования психологических и психопатологических реакций в ответ на воздействие острого информационно-социального стресса у представителей четырех личностных психотипов, располагающихся в диапазоне ПАЛ конституционально-континуального пространства.

Представители диапазона *ПАЛ с шизоидной структурой психотипа* отреагировали повышением уровня *конституциональной тревоги*, т.е. оказалась затронутой врожденная составляющая психической деятельности (приложение: рисунок 3). Наряду с повышением конституциональной тревоги отмечается заострение черт, присущих *истерическому типу реагирования*. В результате происходит вытеснение факторов, вызывающих тревогу (за счет соматизации и формирования демонстративного поведения), что позволяет рационально объяснять затруднения и сложившуюся личностную драматичную ситуацию. В результате наложения факторов, фиксирующих тревогу и вытесняющих ее, психопатологические симптомы носят неглубокий и достаточно «смазанный» характер. Среди них преобладают: повышенная эмотивность, эмоциональная лабильность, повышенная сенситивность, психогенные амнезии. *Вегетовисцеральные расстройства* представлены чувством нехватки воздуха, головокружениями, спазмами гладкой мускулатуры гортани, задержками мочеиспускания,



нарушениями менструальной и половой функций, тошнотой, расстройствами сердечно-сосудистой системы – лабильность пульса, снижением артериального давления, бледностью кожных покровов. Среди сенсорных расстройств следует отметить тактильные, температурные и болевые гипостезии: боли в суставах (артралгии), в области печени (гепаталгии) и желудка (гастралгии); амблиопии (снижение остроты зрения), астенопии (повышенная утомляемость зрения). Двигательные расстройства проявляются лишь незначительной дрожью и неуверенностью в движениях. Умеренная выраженность представленных характеристик способствует хорошей адаптации к окружающей среде, хотя и сопровождается несколько неадекватной уверенностью в себе, высокой экстравертированностью. Эти пострадавшие стремятся производить впечатление людей, обладающих большим чувством ответственности и альтруистическими наклонностями.

Однако, одновременное сосуществование демонстративных и тревожных тенденций, при котором свойственное демонстративным личностям вытеснение никогда не бывает достаточно полным, поскольку высокий уровень тревоги обуславливает повышенное внимание к любым отрицательным сигналам, - прогностически неблагоприятно и является указанием на нарастающую дисгармоничность. Признаком, подтверждающим дисгармоничность в реакциях является и тот факт, что наряду с повышением уровня конституциональной тревоги, соответственно не отмечается повышение уровня ситуационной тревоги.

Нахождение в психотравмирующей ситуации для представителей **диапазона ПАЛ с истероидной структурой психотипа** обернулось формированием психологических и психопатологических реакций в рамках их конституционально-психотипологической структуры. Ведущими оказались расстройства вегетативных функций и расстройства чувствительности (приложение: рисунок 4). На первый план, в ряду *вегетативных нарушений* выступают: рвота, анорексия, истерические энтероспазмы, запоры, метеоризмы, задержка мочеиспускания, вздутия живота; периодическая одышка, то носящая характер «дыхания гончей собаки», то имитирующая приступы бронхиальной астмы; тягостные ощущения в области сердца. В ряду сенсорных расстройств – истерические боли, локализующиеся в основном в области головы, но отличающиеся склонностью дрейфовать по всем участкам тела. Аналогично распределение участков гипестезии. Двигательные расстройства выражаются лишь в шаткости и неуверенности походки, речевые расстройства не отмечаются.

Среди психопатологических расстройств выделяются следующие: психогенные амнезии, повышенная эмотивность, эмоциональная лабильность, повышенная чувствительность и впечатлительность, психическая истощаемость.

Отмечается также повышение уровня *конституциональной тревоги* и появление депрессивных тенденций, что окрашивает психопатологическое состояние ощущениями слабости и апатии. При подобном сочетании интрапсихический конфликт обусловлен противоречием между эгоцентризмом, свойственным демонстративной личности (с ориентацией на собственные потребности и желания) и выраженной симбиотической тенденцией, характерной для личности с признаками тревожно-депрессивного состояния, что сопровождается снижением ценности собственных потребностей. Поведение этих испытуемых ориентировано на сочувствие, внимание и поддержку со стороны окружающих. Эта цель достигается за счет аффективной подачи непсихотических психопатологических нарушений (снижение настроения, памяти, появление утомляемости и т.п.). В этой связи отмечаются затруднения адаптации с окружающими людьми.

**Представители с эпилептоидной структурой личностного психотипа, располагающиеся в диапазоне ПАЛ**, наиболее тяжело из всех вышеперечисленных групп перенесли стрессовую ситуацию (приложение: рисунок 5). Их реакции носят наиболее глубокий и очерченный характер. *Вегетативные нарушения*, которые заняли основное место в структуре психологической картины переживаний, входят в состав следующих синдромов: *астенического и истерического*. Испытуемые данной группы характеризуются ярко выраженной физической слабостью, проявлениями нетерпимости, враждебности, подозрительности, склонностью к бурным реакциям, сопровождаемым постоянным недовольством и готовностью дать реакцию обиды и раздражения, что приводит к постоянным конфликтам с окружающими. Среди психопатологических нарушений выделяются: психическая гиперестезия, рассеянность, истощаемость, отвлекаемость и тугоподвижность внимания, гипомнезия, аффектогенная амнезия, замедления темпа мышления, гипобулия, навязчивые воспоминания и мысли, тоска, ажитация и снижение либидо. Наряду с вышеуказанными симптомами, на картину психологических переживаний оказывает значительное влияние повышение уровня конституциональной тревоги, что приводит к склонности образования аффективно заряженных и ригидных концепций, к гетероагрессивности (с переносом на окружающих вины за возникшее положение), которая периодически сменяется аутоагрессией (самообвинения, самоупреки). Беспокойство по поводу своего физического состояния не устраняет серьезных эмоциональных нарушений.

Сочетание одновременного существования тревожных тенденций, при которых высокая симбиотичность приводит к блокаде гетероагрессивности, и врожденной аффективной ригидности, при которой механизм переноса вины предполагает реализацию гетероагрессивных тенденций, указывает на выраженную дисгармоничность, а надежда на благоприятный прогноз в отношении развития ПТСР не имеет оснований.

Рассмотрим ответные реакции пострадавших с **циклоидной структурой личностного психотипа диапазона ПАЛ** (приложение: рисунок 6). У испытуемых данной группы на первый план выдвигаются ипохондрические тенденции, возникшие вследствие появления неприятных физических ощущений в собственном организме, отражающие связанные с *тревогой изменения вегетативно-гуморального регулирования*. Обнаруживается склонность к жалобам, озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в благополучный исход ситуации, скептицизм, недостаточная способность контролировать свои эмоции. Соматические ощущения имеют разнообразный характер и тенденцию к появлению новых нейровегетативных ощущений, часто пластических, распространяющихся и изменчивых. Тревога, таким образом, соматизируется через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений. При этом в поведении отмечаются *признаки, характерные для истерической личности* – театральность, эмоциональная незрелость, эгоцентризм, жажда внимания и сочувствия. Наряду со снижением настроения, подавленностью, интеллектуальной заторможенностью, раздражительностью, можно наблюдать всю смену расстройств тревожного ряда: ощущение внутренней напряженности – гиперестезические реакции – собственно тревогу – страх – ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы – тревожно-боязливое возбуждение.

Подобное взаимосочетание (*вегетативные расстройства, реакции истерического типа реагирования, повышение уровня тревоги*) способствуют появлению личностных черт, затрудняющих адаптацию и мешающих аргументации благоприятного прогноза в развитии ПТСР.

Обращает на себя внимание тот факт, что истерические реакции занимают особое, значительное место в психологической картине лиц, переживших острую стрессовую ситуацию. Длительное время при попытке создания общепринятой классификации психогений многими авторами [Краснушкин Е.К., 1960; Молохов А.Н., 1962] истерические реакции рассматривались как отдельная группа психогений, а еще ранее под «психогенией» понимали, непосредственно, истерию [Зоммер, 1894]. Однако следует упомянуть взгляд К. Ясперса на личностные изменения под влиянием психотравмы. К.Ясперс справедливо подчеркивал, что при психогенных заболеваниях у личности появляются те особенности реакций и поведения, которые были характерны для личности в более молодом возрасте (т.е. более инфантильные, незрелые реакции), которые в процессе жизни оказались подавленными более адекватными для окружающей среды формами поведения. Предположительно можно отнести это к вышеупомянутым истерическим реакциям.

#### ***6. Результаты психолого-математического дифференциального анализа жертв терроризма с признаками ПТСР***

Феноменологическая характеристика, пострадавших в результате захвата заложников в г. Буденновске, подтвердила различия в конституционально-психотипологическом реагировании личности в ответ на острое информационное стрессирование. Тем не менее, для научных исследований и для клинической психиатрии, клинической психологии, психологии личности требуется проведение более тщательного анализа, обладающего высоким уровнем доказательности. В настоящих условиях XXI века лишь система доказательной психиатрии, психологии дает право на антропоцентрический подход в диагностике и индивидуальный подход в терапии и профилактике. В связи с этим, мы обратимся к результатам психолого-математического анализа, когда экспериментально-психологические исследования подвергаются непараметрической математической статистике в виде дискриминантного анализа.

Для начала необходимо выяснить, существует ли разница в ответе личности на острый информационный стресс в виде терроризма и на хронический социальный стресс. С этой целью мы провели сравнительный анализ двух групп обследованных: 1-ой группы - лиц с признаками ПТСР, переживших острый информационный стресс, терроризм, заложничество; 2-ой группы - лица, пережившие хроническое социальное стрессирование в современной России. Различия и сходства между сравниваемыми группами по результатам экспериментально-психологического анализа (личностные и клинические опросники) приведены в таблице №2.

Таблица №2.

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров лиц с признаками ПТСР, переживших острый информационный стресс и хронический социальный стресс**

Имя переменной	Группа 1		Группа 2	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Шкалы</b>				
Вегетативных нарушений	-11,18	7,97	-8,69	7,65
Обсессивно-фобических нарушений	-3,54	2,26	-4,81	4,33
Астенических нарушений	-4,12	4,44	-3,65	4,57
Реакции истерического типа реагирования	-5,16	4,51	-2,21	3,58
Невротической депрессии	-4,48	3,41	-6,34	3,54
Ситуационной тревоги	-4,96	3,87	-2,59	4,0
Показатель уровня невротизации	12,0	1,42	4,7	1,53
Показатель уровня психопатизации	22,9	1,4	7,5	2,64
Экстра-интраверсии	9,7	3,92	11,1	3,11

Нейротической				
тревожности	19,5	3,02	16,7	4,34

В результате дискриминантного анализа удалось построить линейную дискриминантную функцию, позволяющую в общей популяции населения выделять лиц с признаками ПТСР, переживших острый информационный стресс в виде терроризма и дифференцировать их от лиц, переживших хронические социальные стрессы. Линейная дискриминантная функция выглядит следующим образом:

$$Y = -0,13X_1 - 0,02X_2 + 0,29X_3 - 0,13X_4 + 0,46X_5 + 0,24X_6 - 0,02X_7 + 0,07X_8 - 0,46X_9 + 0,4X_{10},$$

где X представляет собой конкретное арифметическое значение соответствующего психологического показателя. Если после подстановки значение арифметических показателей в дискриминантную функцию суммарное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты данного обследуемого следует отнести к представителям 1-й группы, т.е. лиц, переживших терроризм. Если значение Y будет меньше R, то результаты мы отнесем к обследуемым 2-й группы – хронического социального стрессирования. Представленная дискриминантная функция может быть использована в качестве психологической экспресс-диагностики ПТСР среди населения в экстремальных социально-стрессовых условиях. Процент ошибочной диагностики в 1-й группе составил 20%, во 2-й – 30%.

Достоверность полученных результатов подтверждается значением квадрата Махаланобиса, равного 3 условным единицам, который позволяет наглядно продемонстрировать различия между проекциями средних значений психологических показателей сравниваемых групп в трехмерное пространство (Приложение, диаграмма 2). Мы видим, что ни одно среднее значение психологического показателя обследованных, принадлежащих 1-й группе, не попадает на линию дискриминации и, соответственно, не располагается в диагностическом пространстве, обследуемых 2-й группы. Аналогичная картина наблюдается среди обследуемых 2-й группы относительно 1-й, что подчеркивает высокий уровень достоверности и адекватность выбранных методик цели и задачам исследования.

Весьма интересны результаты дискриминантного анализа, позволившие выделить взаимосочетание психологических маркеров, характерных для проведения дифференциальной психологической диагностики сравниваемых групп обследованных. Из 10-ти психологических показателей представляем то взаимосочетание психологических маркеров, с их удельным весом, выраженным в процентном соотношении, которое участвует в дифференциальной диагностике:

- шкала вегетативных нарушений - 24,4%
- шкала реакций истерического типа реагирования - 21,7%
- шкала нейротической тревожности - 11,3%
- шкала ситуационной тревоги - 9,7%.

Для наглядности демонстрации здесь и далее, показатели, вклад которых в дифференциальную диагностику составляет менее 5%, не отмечены. Следует подчеркнуть, что выявленные маркеры, участвуют в дифференциации сравниваемых групп со стороны обследуемых, переживших терроризм и заложничество, т.е. с одной стороны дискриминантной плоскости.

С другой стороны дискриминантной плоскости (психологические результаты обследуемых, переживших хронические социально-стрессовые воздействия) участвует в дифференциации иное взаимосочетание психологических маркеров:

- шкала невротической депрессии - 13,2%
- шкала обсессивно-фобических нарушений - 8,5%.

Следовательно, с разных сторон дискриминантной плоскости, т.е. со стороны 2-х сравниваемых групп дискриминации принимает участие различное взаимосочетание психологических маркеров, имеющих различный удельный вес значимости психологических показателей, отражающих вектор личностной и поведенческой изменчивости, которая зависит от взаимодействия внешних деструктивных факторов и внутренних конституционально-психотипологических факторов.

Полученные данные позволяют утверждать, что острые и хронические стрессоры в общей популяции населения вызывают достоверно различные реакции, психологическая диагностика которых предоставляет возможность их разграничения.

Анализ психолого-математических результатов обследования следующих сравниваемых групп: 1-й группы - с признаками ПТСР в результате терроризма и 3-й группы - лица, относящиеся к условной психологической и психической норме, показал определенные различия и сходства между группами (таблица № 3).

Таблица №3.

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров лиц с признаками ПТСР в результате острого стрессирования и лиц, относящихся к условной психологической и психической норме**

Имя переменной	Группа 3		Группа 1	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
Шкалы				
Вегетативных нарушений	7,32	5,26	-11,2	7,97
Обсессивно-фобических нарушений	4,40	1,92	-4,81	2,26
Астенических нарушений	5,67	2,86	-4,12	4,43
Реакции истерического типа реагирования	3,87	2,43	-5,16	4,52
Невротической депрессии	2,07	4,54	-5,48	3,41
Ситуационной тревоги	3,26	3,22	-4,96	3,87
Показатель уровня невротизации	9,30	9,29	12,0	1,41

Показатель уровня психопатизации	19,50	7,86	22,90	1,40
Экстра-интраверсии	15,4	2,67	9,70	3,91
Нейротической тревожности	10,0	1,49	19,50	3,03

В результате психолого-математического дискриминантного анализа удалось построить линейную дискриминантную функцию, позволяющую дифференцировать лиц, переживших терроризм, заложничество от лиц, принадлежащих к условной психической норме. Линейная дискриминантная функция выглядит следующим образом:

$$Y = -1,54X_1 + 13,47X_2 - 0,91X_3 - 3,29X_4 + 2,33X_5 - 1,61X_6 - 1,07X_7 + 0,83X_8 + 3,98X_9 - 13,96X_{10},$$

где X представляет собой конкретное арифметическое значение соответствующего психологического показателя. Если после подстановки X совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты данного обследуемого следует отнести к представителям 3-й группы, образующих условную психическую норму. Если значение Y будет меньше R, то результаты мы отнесем к обследуемым 1-й группы – жертв терроризма с признаками ПТСР.

Созданная модель психолого-математической дифференциальной диагностики имеет не только линейное выражение, но может быть представлена пространственно-графически, где отражается расстояние между центрами проекций средних значений психологических показателей двух сравниваемых групп, составляющее 212 условных единиц (Приложение: диаграмма 3). Следовательно, в трехмерном пространстве сравниваемые группы отстоят друг от друга на значительном расстоянии, подтверждая высоко достоверные различия (квадрат Махаланобиса). При этом процент ошибочной диагностики равен нулю в обеих группах, что также свидетельствует о высокой достоверности полученных результатов.

Результаты представленного дискриминантного анализа позволили выделить взаимосочетания психологических маркеров, позволяющих провести дифференциальную диагностику сравниваемых групп обследуемых. Из 10-ти психологических показателей маркерами дискриминации оказались следующие:

- шкала вегетативных нарушений - 13,8%
- шкала реакций истерического типа реагирования - 13,5%
- шкала ситуационной тревоги - 6,2%
- шкала нейротической тревожности - 5,8 %.



Выделенные психологические маркеры, участвуют в дифференциации сравниваемых групп со стороны обследованных с признаками ПТСР, переживших терроризм и заложничество. Со стороны представителей условной нормы в дифференциации участвует один маркер экстра-интраверсии 8,8%.

Таким образом, с разных сторон дискриминантной плоскости, со стороны 2-х сравниваемых групп, принимает участие разное взаимосочетание психологических маркеров в дифференциальной диагностике, что подтверждает существенные различия в психологическом и психическом здоровье жертв терроризма и представителей условной нормы. Если для последних свойственны колебания психологического показателя экстра-интраверсии, то для жертв терроризма характерно нарастание конституциональной и ситуативной тревоги, которая сочетается с определенной генерализацией вегетативных расстройств и преобладающим истерическим типом реагирования.

Полученные результаты представляют ценность не только для теории психиатрии и психологии, но и для решения трудовых, военных, судебных экспертных вопросов.

Сравнительный психолого-математический анализ результатов двух групп обследованных из 3-й группы - условная психическая норма и 2-й группы - лица, пережившие хронический социально-информационный стресс, проведен с помощью дискриминантного анализа и показал сходство и различия между группами (См. таблицу №4).

Таблица №4

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров лиц, относящихся к условной психической норме и лиц, переживших хронический социально-информационный стресс**

Имя переменной	Группа 3		Группа 2	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Шкалы</b>				
Вегетативных нарушений	7,32	5,26	-3,69	7,64
Обсессивно-фобических нарушений	4,40	1,92	-8,54	4,32
Астенических нарушений	5,67	2,86	-3,65	4,57
Реакции истерического типа реагирования	3,87	2,43	-2,21	3,57

Невротической депрессии	2,07	4,54	-9,34	3,54
Ситуационной тревоги	3,26	3,22	-4,59	4,00
Показатель уровня невротизации	9,30	9,29	4,70	9,52
Показатель уровня психопатизации	19,50	7,86	7,50	2,64
Экстра-интраверсии	14,4	2,67	11,10	3,10
Нейротической тревожности	10,0	1,49	17,70	4,34

В результате дискриминантного анализа представилось возможным построить линейную дискриминантную функцию, которая выглядит следующим образом:

$$Y = -0,19X_1 + 0,83X_2 + 0,92X_3 + 0,33X_4 - 0,08X_5 - 0,59X_6 - 0,22X_7 + 0,338 + 0,99X_9 - 0,63X_{10},$$

где X представляет собой конкретное арифметическое значение соответствующего психологического показателя. Если после подстановки значение арифметических показателей в дискриминантную функцию суммарное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты данного обследуемого следует отнести к испытуемым, относящимся к условной психической норме. Если значение Y будет меньше R, то результаты мы отнесем к обследуемым с признаками хронического социально-информационного поражения личности. Процент ошибочной диагностики равен 0% в обеих группах. Высокая достоверность полученных результатов подтверждается значением квадрата Махаланобиса, равного 21 условной единице, который позволяет наглядно продемонстрировать существенные различия в состоянии психологического и психического здоровья между сравниваемыми группами в трехмерном пространстве (Приложение: диаграмма 4).

Психологическим маркером дискриминации со стороны испытуемых, причисленных к группе условной психической нормы, оказался показатель по шкале экстраверсии-интраверсии 22,1%. С другой стороны дискриминантной плоскости (психологические результаты обследуемых 2-й группы) участвуют в дифференциации следующее взаимосочетание психологических маркеров:

- невротической депрессии 22,5%
- шкала нейротической тревожности 14,9%
- шкала обсессивно-фобических нарушений 6,9%.

Таким образом, представители, пережившие хроническое социально-информационное стрессирование в виде сформированных невротических расстройств, отличаются от лиц с условной психологической и психической нормой, нарастанием аффективных нарушений – субдепрессии и тревожности, коморбидных обсессивно-фобическим расстройствам.

С целью устранения влияния помехообразующих факторов, не являющихся специфичными для исследуемых групп, в дальнейшем психолого-математическом сравнении не принимали участие следующие шкалы: обсессивно-фобических нарушений, невротической депрессии и экстра-интраверсии.

### ***7. Психолого-математический дифференциальный анализ лиц с признаками ПТСР, относящихся к различным диапазонам конституционально-континуального пространства: психологической нормы-акцентуации и пограничной аномальной личности***

Объяснение условий и специфики формирования ПТСР без учета влияния личности представляется нам малопродуктивным. Нозоцентрический подход препятствует индивидуальной психолого-психиатрической диагностике личности и создает декларативность при выборе терапевтических технологий, адресованных к конкретной нозологической единице, а не к личности как при использовании антропоцентрических принципов диагностики и терапии.

Исходя из представлений об аномальной личностной изменчивости нами была предложена практическая и теоретическая гипотеза о том, что острые и хронические социально-информационные стрессоры, воздействуя на конституционально-психотипологические особенности личности и видоизменяя их, за счет актуализации конституциональных механизмов психологической и психической защиты в виде декомпенсации и дезадаптации, способствуют формированию:

- острых психологических переживаний;
- непатологических донозологических невротических реакций;
- пограничных психических нарушений, в частности, посттравматических стрессовых расстройств;
- психофизиологических нарушений.

Основная суть нашей гипотезы заключается в предположении о том, что сила, содержание, длительность психологических и психофизиологических реакций, психопатологических переживаний, личностных и поведенческих нарушений, их трансформации в более сложные структуры в рамках нормы или патологии зависит от места расположения испытуемого в конституционально-континуальном пространстве: диапазон психологической нормы-акцентуации, диапазон пограничной аномальной личности и диапазон патологической психической конституции (психопатия).

Сравнительный анализ результатов, проведенный между выборкой испытуемых, состоящей из акцентуантов с признаками ПТСР, перенесших острый информационный стресс в результате попадания в ситуацию заложничества (4 группа) и выборкой из той же группы, сформированной из лиц, относящихся к диапазону пограничной аномальной личности - ПАЛ (5 группа), показал определенные различия и сходства (таблицу №5).

Таблица №5.

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров представителей диапазонов психологической нормы - акцентуации и пограничной аномальной личности с признаками ПТСР**

Имя переменной	Группа 4		Группа 5	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Вегетативные нарушения</b>	-10,51	6,76	-7,74	6,27
<b>Астенические нарушения</b>	-5,18	4,23	-0,57	3,43
<b>Реакции истерического типа</b>	-2,59	7,17	-4,98	2,42
<b>Ситуационная тревога</b>	-4,82	3,10	-0,28	4,59
<b>Показатель уровня невротизации</b>	6,28	7,06	-16,86	12,41
<b>Показатель уровня психопатизации</b>	24,0	11,25	20,71	6,33
<b>Конституционная тревожность</b>	34,14	5,98	38,86	3,85

В результате дискриминантного анализа удалось построить линейную дискриминантную функцию, позволяющую в группе населения с признаками ПТСР, переживших терроризм, различать лиц, относящихся к акцентуантам, и лиц, диапазона ПАЛ. Линейная дискриминантная функция выглядит следующим образом:

$$Y=0,27X1-1,33X2+0,63X3-0,21X4+0,08X50,11X6-0,56X7,$$

где  $X$  представляет собой конкретное арифметическое значение соответствующего психологического показателя. Если после подстановки  $X$  совокупное значение  $Y$  будет больше дискриминантного индекса  $R$ , то результаты данного обследуемого следует отнести к представителям диапазона норма-акцентуация. Если значение  $Y$  будет меньше  $R$ , то результаты мы отнесем к группе исследуемых диапазона ПАЛ. Полученная модель психолого-математической дифференциальной диагностики имеет не только линейное выражение, но может быть представлена пространственно-графически, т.к. расстояние между центрами проекций средних значений психологических параметров двух сравниваемых групп составляет 78 условных единиц (Приложение: диаграмма 5), подчеркивая значительное расстояние между средними значениями изучаемых показателей у лиц с ПТСР диапазона нормы – акцентуации и диапазона ПАЛ (квадрат Махаланобиса). Процент ошибочной диагностики в группе нормы – акцентуации составил 14,29%, в группе представителей диапазона ПАЛ ошибки составили 0%.

Результаты дискриминантного анализа позволили выделить взаимосочетания психологических маркеров, характерных для проведения дифференциальной диагностики сравниваемых групп обследованных. Из психологических показателей маркерами дискриминации оказались следующие:

- шкала вегетативных нарушений - 59%
- шкала астении - 19,5%
- шкала ситуационной тревоги - 12,1%.

Выявленные маркеры, участвуют в дифференциации сравниваемых групп со стороны диапазона психологической нормы - акцентуации. С другой стороны дискриминантной плоскости расположились психологические результаты обследуемых диапазона ПАЛ, у которых участвует в дифференциации иное взаимосочетание психологических маркеров:

- шкала реакций истерического типа реагирования - 10,4%.
- шкала невротизации - 10%
- шкала конституциональной тревоги - 8%.

Следовательно, психологическая и психическая реакция субъектов общей популяции, переживших одинаковый по значимости социально-информационный стресс в виде терроризма – заложничества, обнаружил различия, детерминированные степенью выраженности конституционально-психотипологической predisпозиции личности. Если представить себе, что все субъекты общей популяции распределяются по диапазонам конституционально-континуального личностного пространства, то у представителей диапазона психологической нормы – акцентуации преобладают астенические реакции, спаянные с вегетативными нарушениями, коморбидными ситуационной тревожности. Обнаруженное взаимосочетание психологических и психопатологических проявлений, скорее всего, характеризуется более благоприятным прогнозом с позитивным психотипологическим дрейфом в диапазоне психологической нормы – акцентуации, учитывая, что обследуемые реагируют ситуационной тревожностью (психологическая адекватная реакция) и астенизацией (истощением), как наиболее распространенным реагированием в ответ на глобальный стресс. Адекватная психолого-психиатрическая,

психотерапевтическая специализированная помощь способна восстановить и укрепить конституциональные психологические и психические механизмы компенсации и адаптации.

У представителей диапазона ПАЛ преобладает общая невротизация с истерическим типом реагирования, коморбидным конституциональной тревожностью. Подобное взаимосочетание прогностически менее благоприятно и, вероятнее всего, указывает на возможность вероятностного негативного психотипологического дрейфа в конституционально-континуальном пространстве по вектору норма – патология в сторону диапазона психопатии, на что указывает истерический тип реагирования и конституциональная тревожность, или же по вектору здоровье – болезнь с развитием ПТСР (общая невротизация, преобладающий тип реагирования и конституциональная тревожность). У представителей ПАЛ в условиях глобального социального стрессирования наблюдается срыв конституциональных психологических и психических механизмов защиты, когда доминируют конституциональные механизмы декомпенсации и дезадаптации.

Своевременная специализированная психолого-психиатрическая и психотерапевтическая адекватная помощь с использованием оптимальных патогенетических и конституционально-ориентированных медико-психологических лечебных и реабилитационных технологий способна предотвратить негативный психотипологический дрейф в конституционально-континуальном пространстве с формированием аномальных личностных и поведенческих расстройств (вектор нормы – патологии), невротических и психосоматических нарушений (вектор здоровья – болезни).

## **8. Психолого-математическая дифференциальная диагностика субъектов общей популяции, переживших заложничество, в зависимости от их принадлежности к личностному психотипу.**

Обнаружив различия в реагировании субъектов общей популяции на глобальный стрессор в зависимости от их расположенности в одном из диапазонов конституционально-континуального пространства личности, правомерно обратиться к изучению реагирования субъектов на глобальный стрессор в зависимости от их принадлежности к тому или иному личностному психотипу – шизоиды, эпиплептоиды, циклоиды, истероиды.

Психолого-математический анализ результатов сравниваемых двух групп обследованных (6-й группы - акцентуанты с шизоидной структурой психотипа с признаками ПТСР; 10-й группы - с шизоидной структурой психотипа диапазона ПАЛ с признаками ПТСР), проведенный с помощью дискриминантного анализа показал определенные сходства и различия (таблица №6).

Таблица №6.

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров представителей диапазонов нормы –акцентуации и**

**пограничной аномальной личности с шизоидной структурой психотипа и признаками ПТСР после глобального стрессирования**

Имя переменной	Группа 6		Группа 10	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Вегетативные нарушения</b>	-19,92	3,28	-2,18	1,51
<b>Астенические нарушения</b>	-8,30	0,42	0,42	2,25
<b>Реакции истерического типа</b>	-4,14	4,54	-9,54	2,43
<b>Ситуационная тревога</b>	-7,76	0,08	-0,08	4,51
<b>Показатель уровня невротизации</b>	-20,60	6,0	16,0	4,62
<b>Показатель уровня психопатизации</b>	28,40	7,10	17,4	2,10
<b>Конституционная тревожность</b>	40,20	8,40	33,40	3,71

Достоверность различий между группами подтверждается значением квадрата Махаланобиса, который равен 390 условным единицам, что подтверждает значительное расстояние между проекциями центров средних значений психологических параметров двух сравниваемых выборок в трехмерном пространстве (Приложение: диаграмма 6). При этом процент вероятных ошибок в обеих группах равен 0%.

Линейная дискриминантная функция, позволяющая провести дифференциальный диагноз на основании исследуемых параметров представлена в виде уравнения:

$$Y = -19,49X_1 - 11,59X_2 + 6,26X_3 - 3,43X_4 + 1,88X_5 - 1,73X_6 - 6,50X_7,$$

где X представляет собой конкретное арифметическое значение соответствующего психологического показателя. Если после подстановки значений арифметических показателей в дискриминантную функцию суммарное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то настоящие результаты следует отнести к обследованным с шизоидной структурой диапазона нормы-акцентуации с признаками ПТСР. Если значение Y будет меньше R, то результаты мы отнесем к пострадавшим с шизоидной структурой психотипа диапазона ПАЛ с признаками ПТСР. Полученные результаты указывают на тот факт, что у пострадавших шизоидная структура личностного психотипа

не обеспечивает специфического реагирования личности в ответ на терроризм. Специфическое реагирование жертв терроризма с шизоидной структурой психотипа зависит от принадлежности пострадавших к тому или иному диапазону конституционально-континуального пространства.

Подтверждением выявленному факту служат определенные статистически значимые различия в психологических и психических реакциях на острый стресс между шизоидными акцентуантами и шизоидами диапазона ПАЛ. Психолого-математический анализ показал, что реакции у шизоидных акцентуантов значительно ярче и глубже выражены, чем у шизоидов, располагающихся в диапазоне ПАЛ. При этом маркерами дискриминации шизоидов - акцентуантов оказались следующие:

- шкала вегетативных нарушений - 49,1%
- шкала астении - 24,4%
- шкала ситуационной тревоги - 8,3%
- шкала конституциональной тревоги - 6,4%,

что отражает особенности реагирования в виде ситуационной и конституциональной тревожности, коморбидной астенизации.

В группе шизоидов диапазона ПАЛ маркеры дискриминации иные:

- шкала реакций истерического типа реагирования - 25%
- шкала конституциональной тревоги - 11%,

указывающие на конституциональную детерминацию тревоги и типа реагирования, что прогностически более неблагоприятно, чем в группе шизоидов - акцентуантов. У шизоидов диапазона ПАЛ более высок риск развития негативного психотипологического дрейфа в конституционально-континуальном пространстве с формированием стойких аномальных личностных и поведенческих расстройств, подтверждая, тем самым, что пострадавшие с шизоидной структурой психотипа диапазона ПАЛ отличаются меньшей надежностью конституциональных механизмов психологической и психической защиты по сравнению с субъектами аналогичного психотипа, но из диапазона психологической нормы-акцентуации.

Сравнительный психолого-математический анализ следующих двух групп – пострадавших с *истероидной структурой* психотипа диапазона психологической нормы-акцентуации (7 группа) и жертв терроризма с *истероидной структурой* психотипа диапазона ПАЛ (11 группа) с признаками ПТСР, обнаружил достоверные различия между пострадавшими сравниваемых групп (таблица 7). Квадрат Махаланобиса равен 110 условным единицам, что демонстрирует значительное расстояние между центрами проекций психологических параметров двух сравниваемых групп в трехмерном пространстве (Приложение: диаграмма 7). Процент вероятных ошибок в обеих группах равен 0% , подтверждая высокий уровень достоверности полученных результатов.

Линейная дискриминантная функция представлена в виде дифференциально-диагностической шкалы:



$$Y = 17,96X_1 + 1,20X_2 - 5,73X_3 - 15,39X_4 + 0,33X_5 - 2,30X_6 + 0,15X_7$$

где X – конкретное значение психологических показателей. После подстановки X в уравнение, если совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то полученные результаты обследованного следует отнести к группе с истероидной структурой психотипа диапазона психологической нормы-акцентуации. Если же меньше, то – к группе жертв терроризма с истероидной структурой личности диапазона ПАЛ.

Таблица №7

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров жертв терроризма диапазонов нормы-акцентуации и пограничной аномальной личности с истероидной структурой психотипа и с признаками ПТСР**

Имя переменной	Группа 7		Группа 11	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Вегетативные нарушения</b>	-4,76	3,38	12,38	4,60
<b>Астенические нарушения</b>	-2,44	2,54	3,54	6,01
<b>Реакции истерического типа реагирования</b>	-3,28	1,82	-4,88	5,21
<b>Ситуационная тревога</b>	-2,18	3,41	-4,34	5,30
<b>Показатель уровня невротизации</b>	-0,20	1,63	17,60	1,68
<b>Показатель уровня психопатизации</b>	29,60	2,00	29,00	1,62
<b>Конституциональная тревожность</b>	28,20	7,40	27,40	3,21

Из психологических параметров, которые учитывались в дифференциальном анализе, были выявлены следующие маркеры дискриминации. Для пострадавших истероидов диапазона нормы-акцентуации ими оказались:

- шкала астении - 20,2%

- шкала конституциональной тревоги - 6,0%.

Наличие конституциональной тревожности в структуре астении у истероидов указывает на риск негативного психотипологического дрейфа в сторону диапазона ПАЛ, когда вероятно нарастание признаков конституциональной психологической и психической декомпенсации и дезадаптации. Последнее требует проведения адекватной специализированной психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи на возможно раннем этапе.

К маркерам дифференциации жертв терроризма с истероидной структурой личности диапазона ПАЛ относятся:

- шкала вегетативных нарушений - 38,2%

- шкала нарушений по истерическому типу реагирования - 17,4%

- шкала ситуационной тревоги - 5,4%.

Неожиданно истероиды диапазона ПАЛ продемонстрировали тип реагирования соответствующий психотипологической структуре личности, не осложненный, в частности, конституциональной тревожностью. Последнее позволяет предположить с большей степенью достоверности возможность благоприятного прогноза в вероятностном развитии ПТСР на отдаленном этапе. В данном случае следует рекомендовать специализированную психологическую и психотерапевтическую помощь как необходимое условие повышения толерантности к банальным социальным стрессорам и стабилизации конституциональных механизмов компенсации и адаптации.

Сравнительный психолого-математический анализ пострадавших от террористического акта с epileptoидной структурой психотипа, располагающихся в диапазоне психологической нормы-акцентуации (**8 группа**) и жертв терроризма с epileptoидной структурой личности, располагающихся в конституционально-континуальном пространстве диапазона ПАЛ (**12 группа**), показал меньшие различия между сравниваемыми группами (таблица №8). Так, квадрат Махаланобиса оказался равен 67 условным единицам, т.е. сравниваемые группы удалены друг от друга в трехмерном пространстве на указанное расстояние (Приложение: диаграмма 8); при этом процент вероятных ошибок соответствует 0% в обеих группах, что подтверждает значительную достоверность результатов экспериментально-психологического обследования.

Линейная дискриминантная функция, полученная при сопоставлении двух групп, выглядит следующим образом:

$$Y = 8,80X_1 + 5,02X_2 + 4,20X_3 - 11,84X_4 + 1,59X_5 - 1,03X_6 + 10,87X_7,$$

где X – конкретное значение психологических показателей. Если совокупное значение Y после подстановки X в уравнение линейной функции будет больше дискриминантного индекса R, то полученные результаты следует отнести к пострадавшим с epileptoидной структурой психотипа диапазона нормы-акцентуации. Если меньше, то к пострадавшим с epileptoидной структурой, располагающихся в диапазоне ПАЛ.

Таблица №8

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров жертв терроризма диапазонов нормы-акцентуации и пограничной аномальной личности с эпилептоидной структурой психотипа и с признаками ПТСР**

Имя переменной	Группа 8		Группа 12	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Вегетативные нарушения</b>	-14,74	2,90	-13,90	2,28
<b>Астенические нарушения</b>	-7,50	2,24	-8,24	2,69
<b>Реакции истерического типа</b>	-7,50	1,80	-7,80	1,35
<b>Ситуационная тревога</b>	-6,72	2,74	-5,74	0,87
<b>Показатель уровня невротизации</b>	20,40	7,00	-9,00	2,07
<b>Показатель уровня психопатизации</b>	12,20	2,80	12,80	2,49
<b>Конституциональная тревожность</b>	36,40	3,60	35,60	1,52

Психолого-математический анализ выявил взаимосочетание маркеров дискриминации, позволяющее отличить пострадавших с эпилептоидной структурой психотипа диапазона психологической нормы-акцентуации:

- шкала вегетативных нарушений - 32%
- шкала конституциональной тревоги - 21%
- шкала ситуационной тревоги - 11,4%.

Наличие сочетанной тревожности с вегетативными расстройствами указывает на высокий риск негативного психотипологического дрейфа пострадавших в конституционально-континуальном пространстве от диапазона психологической нормы-акцентуации к диапазону пограничной аномальной личности, подчеркивая нестабильность конституциональных механизмов психологической и психической компенсации и адаптации, невысокую толерантность к значимым глобальным социальным стрессорам.

Подобные результаты требуют своевременного оказания специализированной психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи с использованием

оптимальных лечебных и реабилитационных технологий, которые позволяют реально восстановить конституциональные механизмы психологической и психической защиты, повысить психологическую толерантность к банальным социальным стрессорам, предотвратив, тем самым, формирование ПТСР на отдаленном этапе.

В тоже время у пострадавших с эпилептоидной структурой психотипа, располагающихся в диапазоне ПАЛ, к маркерам дискриминации были отнесены следующие показатели:

- шкала астении - 49%,

- реакции истерического типа реагирования - 8,5%,

которые отражают появление у эпилептоидов ПАЛ сочетанного астенического и истерического типов реагирования, как конституционально-психотипологическую реакцию декомпенсации и дезадаптации. На этом фоне банальные социальные стрессоры, воздействуя на невысокую толерантность, будут легко провоцировать не только аномальные личностные и поведенческие расстройства по вектору норма–патология, но и невротические и психосоматические нарушения по вектору здоровье – болезнь.

Таким образом, психолого-математический анализ доказывает, что жертвы терроризма, субъекты из общей популяции, имеющие эпилептоидную структуру личности, демонстрируют высокий риск негативного психотипологического дрейфа, зависящий от места расположения в конституционально-континуальном пространстве личности. Принадлежность к диапазону ПАЛ, пострадавших с эпилептоидной структурой, подчеркивает высокую вероятность возникновения конституциональных проявлений декомпенсации и дезадаптации под воздействием глобального социального стрессора – терроризма, как на феноменологическом, так и на экспериментально-психологическом уровнях.

Психолого-математический анализ, пострадавших от терроризма с *циклоидной структурой* психотипа диапазона психологической нормы-акцентуации (9 группа), и, пострадавших с аналогичной структурой личности диапазона ПАЛ (13 группа) с признаками ПТСР, позволил ответить на вопрос о надежности конституциональных психологических и психических механизмов компенсации и адаптации у обследованных (таблица №9).

Таблица №9

**Сравнительные результаты средних значений и их стандартных отклонений психологических параметров жертв терроризма диапазонов нормы-акцентуации и пограничной аномальной личности с циклоидной структурой психотипа и**

**с признаками ПТСР**

Имя переменной	Группа 9		Группа 13	
	Средние значения	Стандартные отклонения	Средние значения	Стандартные отклонения
<b>Вегетативные нарушения</b>	-1,42	1,92	-10,94	2,13
<b>Астенические нарушения</b>	-2,72	1,88	-1,28	1,47
<b>Реакции истерического типа</b>	-4,54	3,76	-7,76	1,43
<b>Ситуационная тревога</b>	-4,70	2,74	2,74	2,32
<b>Показатель уровня невротизации</b>	9,00	5,20	15,20	1,92
<b>Показатель уровня психопатизации</b>	14,00	8,00	38,00	5,34
<b>Конституциональная тревожность</b>	31,00	3,60	37,60	1,14

Значение квадрата Махаланобиса, равное 222 условным единицам, показывает, насколько велико расстояние между сравниваемыми группами в трехмерном пространстве и насколько глубоки различия между ними (Приложение: диаграмма 9). Процент вероятных ошибок (т.е. совпадений в дифференциальной диагностике) равен нулю в обеих группах, что подтверждает высокую достоверность обнаруживаемых различий.

В группе пострадавших с циклоидной структурой психотипа диапазона нормы-акцентуации было выделено следующее взаимосочетание психологических маркеров дискриминации:

- шкала ситуационной тревоги - 33,4%

- шкала астении - 15%.

Выделенные шкалы указывают на смену типа психобиологического реагирования у циклоидов, которым свойственен стенический тип, на астенический тип реагирования с ситуационной тревожностью. Подобное взаимосочетание нельзя отнести к прогностически благоприятным в плане развития ПТСР, что требует обязательного

оказания специализированной психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи на раннем постреактивном этапе. Если специализированная помощь не будет своевременно оказана, то возникает риск развития ПТСР, спровоцированный социально-информационными стрессорами. Жертвы терроризма, относящиеся к циклоидной структуре психотипа, располагающиеся в диапазоне ПАЛ конституционально-континуального пространства, обнаружили следующее взаимосочетание психологических маркеров дискриминации:

- шкала вегетативных нарушений - 42,3%

- шкала конституциональной тревоги - 11,1%

- шкала нарушений по истерическому типу реагирования - 6,4%.

Обнаруженные маркеры отражают актуализацию конституциональных психологических и психических механизмов декомпенсации и дезадаптации (особенно конституциональная тревожность и истерический тип реагирования), которые с высокой вероятностью могут привести к аномальным личностным и поведенческим расстройствам в структуре ПТСР.

Рассчитана линейная дискриминантная функция в виде следующего уравнения:

$$Y=6,69X_1 -371,13X_2 +109,88X_3 +86,52X_4 -173,02X_5 -9,77X_6 -24,91X_7,$$

где X – конкретное значение психологических показателей. Если после подстановки X в уравнение дискриминантной функции совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты обследуемого следует отнести к группе пострадавших с циклоидным психотипом диапазона нормы-акцентуации, если меньше, то – к группе жертв терроризма с циклоидным психотипом диапазона ПАЛ.

Сравнительный психолого-математический анализ исследуемых групп показал, что пострадавшие с циклоидной структурой психотипа диапазона нормы-акцентуации с признаками ПТСР, обусловленного глобальным социальным стрессором, по совокупности психологических характеристик удалены в трехмерном пространстве на значительное расстояние от циклоидов диапазона ПАЛ, оказавшихся в аналогичной ситуации, что указывает на психологическое и психопатологическое реагирование, детерминированное не только структурой личностного психотипа, но местом расположения в конституционально-континуальном пространстве, т.е. степенью выраженности конституционально-психотипологической предрасположенности.

Линейная дискриминантная функция рассчитана на использование психологических методик с последующим арифметическим расчетом без участия компьютерной программной технологии, что дает основания рекомендовать данную психологическую методику экспресс-диагностики для использования в полевых условиях врачам и психологам.

Настоящие результаты, как бы демонстрируют вектор направленности для психологического консультирования и психокоррекции, собирания анамнеза и, в последующем – определения тактики и стратегии психотерапевтической и психофармакологической помощи. Представленные рассуждения убеждают нас в том, что полученные результаты имеют не только теоретическое, но и конкретное практическое

значение для их применения в клинической психиатрии, клинической психологии, практической психологии, психофармакотерапии и психотерапии.

## ***VIII ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ***

### ***В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧС)***

Изучение психического состояния заложников и лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций (ЧС) как непосредственно в дни трагедии, так и в последующий период, позволяет прийти к заключению о том, что психогения в ЧС приобретает патогенное значение для человека благодаря:

- силе, внезапности, продолжительности и "глобальности" действия;
- смысловому содержанию психотравмы, порождающему тревожное напряжение и страх за жизнь и здоровье;
- индивидуальной эмоциональной значимости происходящего;
- социально-психологической обстановке, сопровождающей конкретное психотравмирующее действие.

Взаимосочетание и взаимодействие перечисленных факторов и их связь с конституционально-психотипологическими личностными особенностями являются основой понимания развития психогенных расстройств в экстремальных условиях. Это общее положение в полной мере относится и к оценке динамики психического здоровья у лиц, переживших ЧС.

Например, террористический акт, произошедший в г. Буденновске, сопровождавшийся захватом в заложники более 1500 человек, является беспрецедентным случаем в практике терроризма и остро ставит проблему оказания специализированной медико-психологической и психиатрической помощи пострадавшим в ближайший и отдаленные периоды последствий ЧС. Расстрелы мирных жителей, обстрел и сожжение здания административного центра города сопровождались реальной угрозой жизни со стороны террористов, а обезображенные и растерзанные тела убитых, демонстративные убийства раненых и заподозренных в малейшем неповиновении, служили тем информационно-стрессовым фактором, который способствовал увеличению вторичных жертв ЧС. Формирование колонны заложников сопровождалось частыми угрозами и созданием реальных ситуаций возможного уничтожения всей колонны с помощью взрыва бензовозов.

Террористический акт воспринимался, осознавался жителями как глобальный для конкретного населенного пункта еще и потому, что заложники видели беспомощность действий властных структур, пытавшихся их защитить, а впоследствии - и освободить. К концу первого дня террористического акта, с учетом индивидуальной значимости информационно-стрессового влияния ЧС, жителей города можно было разделить на:

- заложников - лиц, которые были насильственно захвачены на улицах, в домах, учреждениях и переведены под угрозой лишения жизни в закрытое место, где находились последующие дни заложничества;

- лиц, непосредственно пострадавших в результате последствий террористического акта, получивших ранения, но избежавших заложничества, сумевших скрыться из колонны заложников, сопротивлявшихся террористам, а также врачей, медсестер, санитаров, которые оказывали медицинскую помощь раненым и умирающим в течение всего периода заложничества;

- близких и родных убитых, раненых, подвергнутых насилию и пропавших без вести в процессе террористического акта.

Для остальных жителей города террористический акт, хотя и является прямым информационно-стрессовым фактором, угрожающим жизни и здоровью, но по характеру его следует оценивать как преимущественно информационный с неопределенностью ближайших и отдаленных перспектив (информация о вероятной угрозе взрыва химического комбината, отсутствием оперативных данных об обстановке, складывающейся в городе и регионе. Сложившаяся ЧС ситуация усугублялась распространением слухов и ожиданием в связи с этим повторных террористических действий. Все сказанное определяло совокупность стабильных факторов стрессовой пролонгации ЧС.

Эмпирическое и клинико-психологическое наблюдение за пострадавшими проводилось авторами настоящего пособия постоянно на протяжении 2-х месяцев после завершения террористического акта и в последующем на протяжении 3-х лет, в те периоды по 2-3 месяца, когда осуществлялись катamnестические обследования. Для анализа использовались принципы унифицированной диагностики пограничных психических расстройств (ППР) (клинические карты и диагностические шкалы), разработанные в отделе пограничной психиатрии ГНЦ социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского и на кафедре психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФПО Ставропольской государственной медицинской академии.

## **8.1 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ППР) В ПЕРИОД И ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЧС.**

В период ближайших последствий (спустя сутки и до 30-40 суток) после освобождения у 732 заложников или у 432 пострадавших от взрыва, обратившихся к врачам разных специальностей, были обнаружены личностные декомпенсации и психогенные расстройства.

Они выражались в виде:

- адаптационных (непатологических) реакций;



- невротических и соматоформных реакций;
- стабильных невротических состояний и ранних постреактивных расстройств.

На основе анамнестического, клинико-психопатологического и психологического обследований все наблюдавшиеся лица с пограничными психическими расстройствами были разделены на пять групп.

**В первую** группу вошли пострадавшие, у которых ППР впервые сформировались в виде аффективно-шоковых реакций в ближайший постреактивный период (психогенные патологические реакции и состояния). По характеру проявлений чаще наблюдались невротические, аномальные личностные, психопатические и психосоматические реакции, степень выраженности которых проявлялась от "осколочных", рудиментарных, нестабильных до клинически оформившихся с умеренно или максимально выраженными вегето-сосудистыми компонентами. Психопатологические синдромы невротического уровня колебались по степени выраженности и устойчивости внутривидовых взаимосвязей от простых, неустойчивых синдромов (астенический, фобический, субдепрессивный) до сложных синдромов, взаимосочетание симптомов, в которых характеризовалось структурной стабильностью (истеро-ипохондрический, субдепрессивно-обсессивный и т.д.).

**Вторую** группу составили лица, у которых до воздействия конкретной социально-стрессовой информационной ситуации уже имелись невротические и соматоформные расстройства в структуре ППР. Часть из них состояла на учете в психоневрологическом диспансере, но большая часть лечилась у психотерапевтов и невропатологов территориальных поликлиник. В этой группе наблюдались обострения или рецидивы имеющихся заболеваний или личностно-характерологические заострения вплоть до декомпенсации проявлений диапазона пограничной аномальной личности или декомпенсации психопатических черт, свойственных конституционально-континуальному диапазону психопатии. Такие пациенты в зависимости от выраженности психопатологических нарушений поступали на лечение в психиатрические стационары или обращались в психоневрологические диспансеры за помощью по месту жительства.

**В третью** группу вошли лица, у которых ранее никогда не наблюдались психические или психосоматические расстройства, однако в результате сложившейся ЧС у них развились психогенные реакции или состояния с преобладанием вегето-сосудистых и вегето-висцеральных расстройств. Они носили перманентный или пароксизмальный характер и сопровождалась гастроэнтероколитами, множественным изъязвлением желудочно-кишечного тракта, признаками острой преходящей коронарной, церебральной ишемизации, гипоксией, преходящими нарушениями церебрального кровообращения и т.д. В то же время представленные расстройства отличались парциальностью, нестойкостью, скоротечностью клинических нарушений, отсутствием терапевтической резистентности.

**Четвертую** группу составили заложники с имевшими место в анамнезе соматическими заболеваниями, по поводу которых они лечились в стационарах. В постреактивный период у всех обследуемых наблюдались психогенные расстройства с обострением соматических нарушений. В этих случаях обычно наблюдались патологические реакции, выразившиеся простыми нестабильными невротическими синдромами, на фоне которых наблюдались обострения гипертонической болезни, язвенной болезни 12-перстной кишки или желудка, диабет, бронхиальная астма и т.п.

В пятую группу вошли лица с адаптивными непатологическими проявлениями, которые наблюдались преимущественно у большинства населения города, хотя и пострадавшего от террористического акта, но не попавшего в число заложников, а также у медперсонала (врачи, медсестры, санитарки), выполнявшего свои прямые обязанности по оказанию помощи раненым в экстремальных условиях.

Наиболее общими и значимыми для развития разных вариантов психической дезадаптации в наших наблюдениях оказалось преобладание у пострадавших психобиологических типов реагирования на ЧС, в частности, стенических или астенических. Анамнестические сведения о пациентах позволяли достаточно точно определять тип реагирования личности - стенический или астенический. Показатель "стеничность-астеничность", как известно, отражает интегративный психобиологический характер противоположных по своему выражению конституционально-типологических особенностей человека.

На психологическом уровне стеничность проявлялась уверенностью в себе, общительностью, склонностью к лидирующему поведению, настойчивостью, неутомимостью, целенаправленностью и способностью быстрого переключения внимания при выполнении работы. В сложных жизненных ситуациях стеничные личности развивали высокую активность и стремились преодолеть трудности. Однако в экстремальных условиях или ЧС наблюдалась объективная непродуктивность деятельности, разбросанность, суетливость, непоследовательность. Большинство наблюдавшихся лиц этой группы критически оценивало свое поведение, структура их субъективных переживаний характеризовалась чувством стыда, психологическим дискомфортом, что способствовало развитию невротических расстройств и нарушению привычного стереотипа поведения.

Личности с астеническим типом реагирования отличались социальной пассивностью, вялостью, слабой переносимостью значительных физических и психических нагрузок, повышенной впечатлительностью, неуверенностью, сенситивностью, что отмечалось на протяжении всей жизни. В экстремальных условиях подобные лица занимали пассивную позицию, часто испытывали угрызения совести и в связи с этим были склонны к психологическому мазохизму. Длительные периоды переутомления, острая и глобальная или хроническая психическая травма часто приводили к состояниям психической дезадаптации.

Клинические проявления ППР в ближайший постреактивный период ограничивались фобическими, субдепрессивными, астеническими, истерическими, деперсонализационными, абортивными, обсессивными, ипохондрическими, паранояльными реакциями, в структуре которых с различной степенью выраженности присутствовали вегето-сосудистые, вегето-висцеральные и нейроэндокринные нарушения, что указывало на трансформацию в простые, но с тенденцией к стабильности, психопатологические синдромы. Выявленные субдепрессивно-фобические, истеро-субдепрессивные, деперсонализационно-субдепрессивные, истеро-ипохондрические, обсессивно-фобические расстройства расценивались как этап трансформации синдромокинеза от простых к сложным синдромам с различной степенью структурной стабильности.

Исходя из необходимости оптимального прогнозирования развития психопатологических расстройств, разработки современных адекватных терапевтических технологий у жертв терроризма в остром и ближайшем периоде ЧС, состояние всех

обследуемых подвергалось анализу с позиций конституциональной психиатрии и психологии, что способствовало укреплению антропоцентрических основ в пограничной психиатрии.

У пострадавших с акцентуациями личности структура психогенных реакций отличалась присутствием одного-двух устойчивых симптомов невротического уровня, но с рудиментарными и abortивными вегетативными проявлениями в структуре реакций. Кратковременные проявления декомпенсации личностно-характерологических особенностей у представителей диапазона психологической нормы-акцентуации наблюдались без признаков устойчивой социально-психологической дезадаптации, что свидетельствовало о надежности конституционально-психотипологических механизмов компенсации и адаптации. У пострадавших, относящихся к конституционально-континуальному диапазону психологической нормы- акцентуации, не отмечалось тенденции к конституционально-психотипологическому негативному дрейфу в сторону диапазона аномальной личностной изменчивости (пограничной аномальной личности). В тоже время пострадавшие, изначально располагающиеся в конституционально-континуальном диапазоне пограничной аномальной личности, демонстрировали не только личностные и поведенческие проявления частичной, хотя и устойчивой декомпенсации и дезадаптации, но признаки невротических, соматоформных и психосоматических расстройств, столь характерных для жертв терроризма на раннем этапе после завершения ЧС.

Феноменологические проявления и формирование психогенно обусловленных невротических и психосоматических расстройств у пострадавших, относящихся к различным личностным психотипам диапазона психологической нормы-акцентуации (шизоиды, эпилептоиды, истероиды, циклоиды), имело ряд существенных особенностей, на которых мы подробно не останавливаемся. В частности, наблюдалась неустойчивость структуры и взаимосвязи симптомов в рамках конкретного формирующегося синдрома. Во всех случаях сохранялась связь психопатологических реакций, проявлений личностных декомпенсаций акцентуантов, наконец, синдромальных расстройств о внешними изменениям чрезвычайной ситуации. При этом отмечалось значительное снижение интенсивности невротических проявлений или их нивелировка после отдыха, даже кратковременного, а также положительная терапевтическая и психологическая реакция на недифференцированное применение успокаивающих средств. Следует подчеркнуть факт сохранения субъективного чувства болезни у пострадавших и отсутствие заметной резистентности к психофармакотерапии у представителей психологической нормы-акцентуации.

Анализ психического состояния пострадавших, у которых уже в первый месяц после завершения ЧС формировались сложные по структуре невротические и соматоформные расстройства (МКБ-10) с устойчивыми вегетативными нарушениями, показал, что у них имелаась "патопластическая почва" в виде конституционально-психотипологической личностной предрасположенности. Указанных пострадавших можно было по праву отнести к представителям диапазона пограничной аномальной личности. Так на базе шизоидных конституционально-психотипологических личностных особенностей преимущественно сразу после завершения ЧС формировались изначально полиморфные психогенные патологические реакции, чаще с деперсонализационным и аутическим компонентом переживаний; простые, но стабильные синдромы невротического уровня, структура которых включала прогностически неблагоприятные признаки трансформации в сложные синдромы. Например, в структуре обсессивного синдрома появлялись ипохондрические, истероподобные, деперсонализационные или субдепрессивные стойкие

симптомокомплексы, что приводило к развитию соответствующих сложных синдромокомплексов, личностных и поведенческих декомпенсаций по сенситивному, психастеническому, собственно шизоидному и астеническому типам. Пострадавших с указанным личностным психотипом отличало упорство, настойчивость в отстаивании своих жизненных взглядов, сформировавшихся после завершения ЧС.

На основе эпилептоидного психотипа диапазона пограничной аномальной личности наиболее часто встречались стойкие соматоформные синдромы, тесно связанные с аффективными расстройствами и смешанными (симпато-адреналовыми и парасимпатическими) вегетативными пароксизмами, совпадавшими по локализации с признаками аналогичного соматоорганического страдания. Однако данные объективного клинического и параклинического обследования не подтверждали соматической патологии.

Формирование ипохондрических, истерических, астенических синдромов с дисфорическим фоном настроения часто проходило с выраженными дистимическими переживаниями, увеличивало вероятность трансформации в субдепрессивно-ипохондрический, истеро-ипохондрический, истеро-соматоформный, астено-субдепрессивный синдромы. "Вкрапливание" сверхценных идей в структуру синдрома или ипохондрических, фобических расстройств с дисфорическим оттенком настроения, как правило, указывало на стабилизацию соответствующих психопатологических признаков. Характерным являлась также фанатичность, с которой пострадавшие отстаивали свои интересы, сохраняли безапелляционные оценки сложившейся ситуации. Социально-психологические признаки дезадаптации проявлялись в виде утрированного чувства возмещения социальной справедливости, преимущественно в отношении себя, с заметным налетом дисфорически-дистимического настроения с экзальтированно-патетической окраской высказываний. Личностные и поведенческие декомпенсации по паранойяльному, аффективному, астеническому типам с проявлениями гетероагрессии, аффективной напряженности, также не были редкостью.

У пострадавших с циклоидным радикалом психогенные реакции отличались сложностью структуры и наличием соматоформных переживаний. Нередко при этом отмечалось нарастание мрачно-безрадостного настроения. В этих случаях достаточно быстро наблюдалась трансформация патологических реакций в устойчивые тревожно-субдепрессивные, астено-субдепрессивные, депрессивно-фобические и аналогичные расстройства с выраженными вегетативно-сосудистыми, вегетативно-висцеральными пароксизмальными и перманентными нарушениями. Эпизодически наблюдаемые всплески переживаний до субпсихотического уровня были обусловлены обстановкой, которая лишь отдаленно напоминала террористический акт и захват заложников или иную ЧС.

Пострадавшие с истерическим личностным психотипом, располагающиеся в конституционально-континуальном диапазоне пограничной аномальной личности, отличались быстрым формированием сложных патологических реакций по типу истеро-фобических, истеро-соматоформных, истеро-тревожных с выраженной вегетативной симптоматикой. Необходимо подчеркнуть скоротечность трансформации сложных патологических реакций в простые и сложные синдромы у всех обследуемых с конституционально-психотипологической личностной предрасположенностью по истерическому типу. При этом структура психопатологических синдромов невротического уровня дополнялась либо устойчивыми соматоформными клиническими проявлениями, либо симпатическими, парасимпатическими смешанными вегетативными дисфункциями с

устойчивыми перманентными вегетативными нарушениями. Структура стабильных истеро-ипохондрических, истеро-фобических, истеро-субдепрессивных, субдепрессивно-ипохондрических синдромов обычно включала abortивные конверсионные истерические симптомы. Социально-психологическая дезадаптация у пострадавших в этих случаях отличалась нарастанием чувства нарушенной справедливости, "гармонии" в мире, а, главное - обидой на отсутствие должной оценки их почти "героического" игнорирования требований террористов. Именно факт отсутствия заслуженных, с их точки зрения, оценок поведения во время ЧС и после него приводило в последующем к недоразумениям с родственниками, конфликтам с местной и региональной администрациями и представителями правоохранительных органов. К числу факторов, усугублявших социально-психологическую дезадаптацию, в первую очередь у истероидов диапазона пограничной аномальной личности следует отнести перенос общественного интереса с обсуждения поведения конкретного человека во время ЧС на глобальные проблемы межэтнических отношений и реакцию властных структур на эти события.

На рисунке виден патокинез развития психологических реакций в психопатологические и далее в синдромальные расстройства у жертв терроризма в зависимости от их расположения в конституционально-континуальном пространстве. С высокой степенью достоверности ( $p < 0,01$ ) выявилось, что у пострадавших, относящихся к диапазону психологической нормы – акцентуации вначале под влиянием острого глобального стресса появляются психологические реакции, которые в течение часов – недели трансформируются в психопатологические реакции, сохраняющиеся не менее месяца, а далее, если нет адекватной терапии, то наступает формирование простого психопатологического синдрома, но не стабильного по своим межсимптомным взаимосвязям внутри структуры синдрома. В связи с этим, необходимо проведение специализированной психологической и психотерапевтической помощи в первые часы и дни после завершения ЧС. Если указанное время пропущено и врач, клинический психолог видит пострадавшего на этапе структурирования простого психопатологического синдрома, то необходима специализированная психиатрическая помощь с использованием внутривенных инфузий сложных фармакологических композиций, обращенных к ведущим звеньям этиопатогенеза в системе патогенетической интенсивной комплексной терапии (ПИКТ).

При развитии ранних постреактивных расстройств у пострадавших, располагающихся в диапазоне пограничной аномальной личности конституционально-континуального пространства, клиническая картина и патокинез начинаются сразу с психопатологических реакций, длительность которых не превышает двух-трех недель, так как собственно психологические реакции были завершены на этапе заложенности. В последующем при отсутствии адекватной психофармакотерапии, направленной на блокирование биологических механизмов стрессирования, у жертв терроризма отмечается формирование простого психопатологического синдрома невротического уровня, но не с «рыхлыми», нестойкими, а со стабильными взаимосвязями между симптомами в структуре психопатологического синдрома. Длительность простого синдрома сохраняется под нашим наблюдением от одного до трех месяцев. Дополнительное воздействие банальных социально-информационных стрессоров способствует дальнейшему патокинезу постреактивных расстройств в сложный нестабильный психопатологический синдром, который при отсутствии оптимальных методов терапии переходит в сложный стойкий психопатологический синдром, длящийся от 3 месяцев и далее, когда перспективы психофармакотерапии весьма ограничены. У жертв терроризма, относящихся к диапазону пограничной аномальной личности требуется проведение специализированной психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи на этапе

психопатологических реакций. Применение внутривенных инфузий со сложными фармакологическими композициями в системе ПИКТ позволяет на раннем постреактивном этапе «оборвать» развитие множественных механизмов биологического стресса, направленных на деструктивное поражение ведущих органов и систем. Своевременная дифференциальная диагностика личности пострадавших в зависимости от их расположения в конституционально-континуальном пространстве позволяет не только своевременно применять методы психофармакотерапии, но и использовать адекватные лечебные технологии, позволяющие ингибировать ведущие звенья патогенеза глобального стресса.

Результаты психопатологического и патопсихологического анализа свидетельствуют о наличии различных вариантов реагирования вовлеченных в ЧС пострадавших. В свою очередь необходимо выделение среди жертв ЧС лиц с различными психотипологическими особенностями с целью дифференцированной психопатологической оценки их состояния и оказания адекватной специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи. Последнее позволяет утверждать, что в случае, например, массового захвата заложников или взрывов с большим количеством пострадавших необходима компетентная психолого-психиатрическая оценка состояния пострадавших для проведения адекватной специализированной медико-психологической помощи.

С этой целью, в зависимости от конкретных условий, как свидетельствует полученный опыт, необходимо организовывать различные амбулаторно-стационарные отделения, в том числе специализированные дневные и ночные полустационары для оказания доврачебной и бригадной врачебной специализированной квалифицированной помощи пострадавшим в ЧС.

Во всех регионах, где совершались террористические акты, сотрудники Клиники пограничных состояний и кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФПО Ставропольской государственной медицинской академии выезжали бригадами, состоящими из психиатра, психотерапевта, клинического психолога и медицинской сестры, что позволяло развернуть дневной стационар в любом приспособленном медицинском помещении. Чаще всего на базе поликлиники выделялось несколько кабинетов для врачей, процедурный кабинет, кабинет психотерапии и собственно дневной стационар, где располагались больные, которым применялись методы патогенетической интенсивной комплексной терапии (ПИКТ). Аналогичный дневной стационар мог быть развернут с использованием армейских палаток или палаток МЧС.

На подобной временной клинической базе осуществлялось поэтапное лечение и реабилитация пострадавших от ЧС как с непатологическими, невротическими и соматоформными реакциями, так и с невротическими и личностными декомпенсациями. При этом с учетом ранее проведенных исследований и имевшегося опыта, на первом этапе с целью купирования состояний психоэмоционального напряжения, состояний тревоги, ожидания повторного террористического акта пострадавшим в течение первых 10 дней после завершения ЧС назначалась, так называемая, универсальная психофармакотерапевтическая технология.

Комплексное обследование и комбинированная терапия пострадавших с пограничными психическими расстройствами на примере Буденновска, Минеральных Вод осуществлялось в условиях дневного стационара поликлиники. Было развернуто специализированное отделение на 20 коек, что позволило оказывать помощь 60-90

пострадавшим в сутки. Опыт показал, что при оказании помощи в указанном объеме достаточно привлекать одного-двух врачей психиатров, на которых возлагаются обязанности по проведению дифференциальной диагностики психопатологических расстройств у пострадавших, 2-3 врачей психотерапевтов, имеющих специализацию в области пограничной психиатрии и сочетающих в своей врачебной деятельности комбинированные методы психофармакотерапии и психотерапии, а также 2-3 клинических психологов, осуществляющих дифференциальную патопсихологическую диагностику ППР у пострадавших, реализующих методы психологической коррекции личностных и поведенческих нарушений, методы психотерапии психопатологических переживаний пострадавших.

## 8.2 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В БЛИЖАЙШИЙ ПОСТРЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД

Своевременно оказанная обоснованная специализированная психиатрическая, психотерапевтическая и психологическая помощь в значительной мере определяет возможность купирования постреактивных реакций и состояний, снижает вероятность их трансформации в стойкие и клинически оформившиеся невротические состояния и личностные декомпенсации на раннем постреактивном этапе. Приобретенный опыт оказания помощи жертвам терроризма в г. Буденновске (захват заложников), при взрывах в Минеральных Водах, Пятигорске, Ессентуках и разработанные при этом диагностические и терапевтические психолого-психиатрические и психотерапевтические подходы позволяют рекомендовать их применение в ЧС не только врачами-психиатрами, но и, прежде всего, психотерапевтами, клиническими психологами, врачами спасательных служб и интернистами, первыми оказывающими помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Выбор вариантов терапии при этом должен основываться на анализе клинко-психопатологического состояния пострадавших, их личностно-типологических особенностей, а также условий, в которых может оказываться помощь.

На первом этапе в качестве универсальных средств для проведения психофармакотерапевтических технологий адресованных к состояниям психоэмоционального напряжения преимущественно внутрь, внутривенно или внутримышечно назначались транквилизаторы (диазепам, лоразепам, феназепам, тазепам, медазепам-рудотель), нейролептики (аминазин, соннапакс, этаперазин, неулептил), антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, сертралин-золофт), обладающие широким спектром психотропного действия, а также церебропротекторы, ноотропы (ноотропил, энцефабол, пантогам), ангиопротекторы (актовегин, кавинтон, трентал), воздействующие на основные патогенетические звенья стрессовых реакций. При этом в зависимости от преобладания психогенных патологических реакций, стабильных или нестабильных, простых и сложных психопатологических синдромов невротического уровня, использовались различные модификации психофармакотерапевтических технологий.

Из числа психотерапевтических методов наиболее часто использовались методы когнитивной психотерапии, патогенетической, семейной психотерапии, символдрамы, гипнотерапии, гетеротренинга. Выбор психотерапевтических методов проводился с учетом клинко-психопатологического статуса и личностно-типологических особенностей пострадавших.

Психофармакотерапия являлась неременной составляющей в комплексной и комбинированной терапии пограничных психических расстройств у жертв терроризма и пострадавшего населения в ранний период после завершения ЧС – первые часы и сутки. К числу основных условий их рационального назначения, можно отнести:

- соответствие основного психотропного действия назначаемого препарата психопатологической структуре психических расстройств;
- адекватность дозировок назначаемых препаратов выраженности психопатологических расстройств;
- проведение выбора психотропного препарата с учетом личностно-типологических конституциональных особенностей пострадавших;
- необходимость учета стенического или астенического типа реагирования с целью оптимального подбора взаимосочетания психотропного препарата и лекарственных средств непсихотропной природы;
- динамическое комбинирование психотропных средств и комплексное использование лекарственных препаратов и методов психотерапии.

### **8.3. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛИЧНОСТНЫХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ДЕКОМПЕНСАЦИЙ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕРТВ ЧС.**

**А.** Для лиц, у которых преобладал **астенический тип реагирования** психофармакотерапия включала:

1. Внутривенное капельное вливание 6,0 мл тиопентал-натрия в 200,0 мл физиологического раствора. Трансфузия производилась в течение 1 часа, ежедневно, 10-ти дневным курсом.

Приготовление тиопентал-натрия производилась следующим образом: 0,5 г сухого вещества разводилось в 10 мл стерильного физиологического раствора, в затем вводилось по 3-4 мл раствора в составе капельницы в виде простой фармакологической композиции.

Во время вливания тиопентала натрия проводилась гетеросуггестия 2 раза по 20 минут в течение одного часа, которая начиналась через 15 минут с момента инфузии. Особенно значительный терапевтический эффект; наблюдался при групповых сеансах гетеросуггестии.

2. Перед капельницей внутривенно, струйно, медленно вводится 6,0 мл раствора витамина "С", разведенного в 14,0 мл 40% раствора глюкозы с целью активации нейроэндокринной системы и активации эндогенного синтеза кортикостероидов коркового слоя надпочечников.

3. Актопротектор рибоксин по 5,0 мл вводится внутривенно, струйно, медленно на одном шприце, после введения капельницы.



4. Витамин "В1" - вводится по 3,0 мл внутримышечно.
5. Витамин "В12" - вводится по 1000 гамм внутримышечно.
6. Транквилизатор реланиум - 2,5-5,0 мг назначается на ночь сублингвально в течение нескольких недель.
7. Антидепрессант коаксил внутрь – по 12,5 мг 3 раза в день - 2 месяца **или**
8. Нейролептик этаперазин внутрь – по 4 мг утром и в обед – 2 месяца.

**В.** У лиц со стеническим типом реагирования при развитии психогенных патологических реакций проводилось внутривенное капельное вливание 2,0 мл 0,5% раствора реланиума, разведенного в 200,0 мл физиологического раствора в течение 1 часа, ежедневно, в течение 10 дней.

При этом использовались лекарственные препараты, указанные в п.2, п.п.6-8, рекомендованные для контингента пациентов с астеническим типом реагирования.

В случае умеренно выраженных симпато-адреналовых пароксизмов с повышением АД, тахикардией, изменений функционального характера на ЭЭГ, создавался сложный состав фармакологической композиции, так у пациентов группы В добавлялось 10,0 мл панангина. Для всех пациентов групп А и Б в этих случаях вместо внутривенного струйного введения витамина "С" целесообразно внутривенное струйное, медленное введение 10,0 мл 25% раствора сернокислой магнезии в сочетании с 10 мл физиологического раствора в одном шприце.

После завершения терапевтической технологии транквилизаторы назначались непрерывно в течение 1-2 месяцев: при астеническом типе реагирования выбирались транквилизаторы или коаксил в дозировке, оказывающей психотонизирующий психофармакологический эффект, назначаемые в первую половину дня; при стеническом типе реагирования – транквилизаторы или сертралин (золофт) должны быть с мягким транквилизирующим психофармакологическим эффектом, а дозировка распределяется равномерно в течение дня.

**II.** В целях предупреждения стабилизации психогенных невротических синдромов, декомпенсации личностных особенностей, их немедленного купирования наиболее адекватным и оптимальным оказался следующий вариант психофармакотерапевтической технологии в виде ПИКТ, проводившейся курсом в течение 10 дней.

**А.** У лиц с астеническим типом реагирования и синдромальными психопатологическими расстройствами применялись следующие сложные фармакологические композиции:

1. Внутривенное капельное медленное вливание (один час 15 минут):

200,0 мл физиологического раствора

2,0 мл 0,5% раствора реланиума или диазепам

5,0 мл ноотропила (пирацетама)

2. Антиоксидант - аевит или витамин "Е" -1,0 мл внутримышечно,
3. Ангиопротектор актовегин по 3,0 мл внутримышечно.
4. Перед капельницей в ряде случаев внутривенно, струйно, медленно вводилось по 6,0 мл 5% раствора витамина "С", разведенного в 14,0 мл 40% раствора глюкозы.
5. Актопротектор рибоксин 5,0 вводился внутривенно, струйно, медленно, после введения капельницы.
6. Витамин "В1" - вводился 3,0 внутримышечно.
7. Витамин "В12" - вводился 1000 внутримышечно.
8. Транквилизатор рудотель – прием по 1 таблетке утром 1 месяц.
9. Транквилизатор реланиум – прием по 2,5-5,0 мг на ночь сублингвально в течение нескольких недель **или**
10. Антидепрессант коаксил – внутрь по 12,5 мг 3 раза в день – 2 месяца **или**
11. Нейролептик этаперазин – внутрь по 4 мг утром и в обед – 2 месяца.
12. Гепатопротектор, антиоксидант карсил – прием по 1 таблетке 3 раза в день - 1 месяц.

**Б. У лиц со стеническим типом реагирования** и синдромальными психопатологическими расстройствами использовались:

I. Внутривенное капельное вливание следующей сложной фармакологической композиции:

200,0 мл физиологического раствора

1,0 мл - 0.6% раствора аминазина

5,0 мл ноотропила (пирацетама)

2. Кордиамин назначался по 2.0 мл подкожно, перед капельницей пп.3,4,6,6,8,10 использовался как и в случае II- А

3. Транквилизатор феназепам – прием по 0,0005 мг утром и на ночь в течение 1 месяца **или**

4. Транквилизатор лоразепам – внутрь по 2 мг на ночь – 1 месяц **или**

5. Нейролептик неупелтил – внутрь по 1-2 капли (10 мг).

6. Прозерин или дуплекс назначался по 1,0 мл подкожно при необходимости с целью купирования избыточной миорелаксации

В случае умеренных или выраженных симпатoadреналовых пароксизмов у пациентов групп А и Б в состав сложных фармакологических композиций для внутривенного трансфузионного введения добавляется 10,0 мл панангина. Вместо рибоксина в этих случаях показано внутривенное струйное очень медленное введение 10,0 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

После завершения 10-дневного курса антистрессовой терапии пациентам в течение 3-х месяцев рекомендовалось применение адаптогенов в виде экстракта элеутерококка по 7-10 капель сублингвально по утрам или апилак по 1 таблетке сублингвально утром и в обед; гепатопротектора карсила по 1 таблетке утром и вечером.

Транквилизаторы рекомендовались в течение 2-х месяцев по прерывистой поддерживающей схеме: 7 дней прием препарата и 7 дней перерыв.

**III.** В целях купирования аффективно-шоковых реакций у лиц, имевших в прошлом приступы, фазы патологических психических расстройств, использовалась следующая комплексная десятидневная психофармакотерапевтическая технология.

1. Сложная фармакологическая композиция;

внутривенно, капельно, медленно (1 час 30 минут)

200,0 мл физиологического раствора

1.0-2,0 мл - 1.25% раствора аминазина

5,0 мл ноотропила (пирацетама)

10,0 мл панангина

2. Кордиамин назначался по 2,0 мл подкожно, перед капельницей.

3. Антиоксидант аевит или витамин "Е" – по 1,0 мл внутримышечно.

4. Перед капельницей внутривенно, струйно, медленно вводится 5,0 мл 5% раствора витамина "С", разведенного в 16,0 мл 40% раствора глюкозы.

5. Нейролептик соннапакс по 10 мг утром, вечером или феназепам по 0,0005 - 2 таблетки утром, 2 таблетки вечером или лоразепам по 2 мг вечером и утром **или**

6. Нейролептик неупелтил – по 1-2 капли внутрь утром.

7. Витамин "В6" – вводился по 2,0 мл внутримышечно.

8. Витамин "В12" - вводился по 1000 гамм внутримышечно.

9. Карсил (силибор) по 1 таблетке 3 раза в день - 1 месяц.

**IV.** В целях купирования психосоматических, психогенно обусловленных реакций и обострений соматической патологии под влиянием психогении использовались

следующие варианты сложных фармакологических композиций для внутривенного капельного десятидневного вливания, позволяющих достичь поставленных целей:

### А. Для лиц с астеническим типом реагирования

200,0 мл физиологического раствора (время вливания не менее 1 часа 30 минут),

2,0 мл кавинтона,

2,0 мл 0.5% раствора реланиума или диазепамы,

10,0 мл ноотропила (пирацетама),

10,0 мл панангина.

2. Прозерин по 1,0 мл подкожно.

3. Ангиопротектор актовегин по 2-3 мл внутримышечно, ежедневно, курсом 10.

4. Витамин "В1" - вводился по 3,0 мл внутримышечно.

5. Ретаболил (нероболит) по 1мл внутримышечно по 1 инъекции 1 раз в 10 дней.

6. Аэровит - по 1 таблетке утром в течение 2 месяца.

7. Нейролептик этаперазин – внутрь по 4 мг утром и в обед – 2 месяца **или**

8. Нейролептик терален – 5-10 мг внутрь утром и вечером – 2 месяца **или**

9. Антидепрессант золофт – внутрь 50 мг по утрам – 2 месяца.

### Б. Для лиц со стеническим типом реагирования

1. 200,0 мл физиологического раствора (вливание не менее 1 часа. 30 минут),

2,0 мл кавинтона,

1,0 мл 1,25% раствора аминазина,

5,0 мл ноотропила (пирацетама),

10,0 мл панангина.

2. Прозерин по 1,0 мл подкожно.

3. Кордиамин по 1,0 мл подкожно.

4. Ангиопротектор актовегин по 2-3 мл внутримышечно, ежедневно.

5. Антидепрессант золофт – по 50 мг внутрь по утрам – 2 месяца.

Для всех пациентов подгрупп **IV-A** и **IV-B** парентерально вводился аевит внутримышечно, витамин "С" внутривенно струйно, медленно на растворе 40% глюкозы; внутрь назначался карсил (силибор) по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца.

Для пациентов подгруппы **IV-B** - диазепам назначался внутрь по 5-10 мг утром и вечером, а в подгруппе **IV-A** - рудотель или тазепам по 1 таблетке утром, вечером.

Эти же транквилизаторы рекомендовались после завершения первого этапа терапии в качестве стресс-протективного амбулаторного лечения на 2 месяца по прерывистой схеме; 7 дней прием препарата и 7 дней перерыв.

Приготовление 0,6% и 1,25% раствора аминазина проводится следующим образом!!!:

а) приготовление 0,6% раствора аминазина: следует взять 2,0 мл 2,5% раствора аминазина и соединить с 4,0 мл физиологического раствора, в этом случае в одном шприце образуется 0,6% раствор аминазина, который используется по 1,0 или 2,0 мл для внутримышечного или внутривенного вливания;

б) приготовление 1,25% раствора аминазина: следует взять 2,0 мл 2,5% раствора аминазина и соединить с 2,0 мл физиологического раствора – в одном шприце образуется 1.25% раствор аминазина, который используется по назначению по 1,0 или 2,0 мл.

В случае аффективно-шоковых реакций у лиц с **астеническим типом** реагирования использовался 0,6%, а у лиц **со стеническим типом** реагирования - 1,25% раствор аминазина.

Следует помнить, что аминазин способен вызывать "отставленные" депрессивные переживания, что является противопоказанием для использования аминазина более 3 дней при значительном удельном весе депрессивных переживаний в структуре психопатологического синдрома невротического уровня. Клинические основания для применения аминазина - состояния психомоторного возбуждения, ажитации, выраженной тревоги.

При выраженности депрессивных, в первую очередь тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня психофармакотерапевтическая технология включала в качестве основного психотропного средства антидепрессант для внутривенных трансфузии. В сложных фармакологических композициях для внутривенного вливания использовался: триптизол (амитриптилин) по 2,0 мл в сочетании, с ноотропами и ангиопротекторами.

#### 8.4 ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Наряду с психофармакотерапевтическими технологиями использовались методы психологической коррекции и психотерапевтические воздействия. При этом обращали внимание на незначительную психологическую восприимчивость пострадавших при ЧС к

психотерапии при сохранении актуальности психогении, особенно в случае развития у пациентов тревоги и эмоционального напряжения. С учетом этого любые психотерапевтические и психологические мероприятия были только тогда оправданы и адекватны, когда они проводились параллельно и последовательно с методами биологической терапии.

Основные психотерапевтические методы (патогенетическая, реконструктивная психотерапия, символдрама, семейная, индивидуальная, групповая) и различные техники психокоррекции в наших наблюдениях были направлены на:

- изменение отношения пациента к перенесенной психотравме;
- "принятие" психотравмы, осознание и понимание необходимости адаптации к последствиям в настоящем, а, главное, в будущем;
- коррекцию личностных ценностей, установок, стереотипов поведения;
- коррекцию мировоззрения с выработкой активной жизненной позиции,
  - нивелировку отдельных психопатологических симптомов, личностных переживаний невротического уровня.

Особая роль в процессе патогенетической психотерапии и психокоррекции принадлежала информационно-эмоциональному и информационно-интеллектуальному обмену в системе отношений "врач - пострадавший", "пострадавший-пострадавший" для достижения оптимальной организации комплексной терапии в условиях дневного стационара.

При проведении психотерапии было обращено внимание на то, что у пострадавших при ЧС формируется дефицит смысла дальнейшей жизни, значительно искажается сознательное, этическое и идеологическое восприятие и оценка террористического акта, насилия, антропогенных и техногенных катастроф, возникают неадекватные реакции при ЧС на находящихся рядом лиц, независимо от степени родства с ними или знакомства, на самих себя, на население города, которое не воспринимается как пострадавшее. Сознание и самосознание пострадавших сосредоточено на потере смысла своего существования и своего "Я" в своих собственных глазах, а чем больше проходило времени после завершения ЧС, то и в глазах окружающих. Прогностическое разрушение возможности реализации прежних жизненных замыслов приводило к тому, что поведение утрачивало свою прежнюю предсказуемость, а жизнь - смысл. У большинства пострадавших обнаруживалось затруднение аффективного самоконтроля, отмечалась неадекватная самооценка, субъективное чувство одиночества и незащитности. Внутренний мир пострадавших был обнажен, отличаясь крайней ранимостью и чувствительностью. Внезапность, глобальность стресса нарушала функциональную активность барьера психической и психологической адаптации, приводя к его перенапряжению и срыву. Обнаруженные закономерности психологических и личностных переживаний у пострадавших требовали максимальной эмпатичности, искренности и готовности к весьма длительной первичной беседе от врачей и клинических психологов, реализуя принципы дебрифинга.

В случае формирования психотерапевтических групп оптимальным следовало считать 3-5 человек, объединенных в гомогенные группы по личностно-психотипологическому конституциональному принципу или гомогенные группы по ведущему

симптомокомплексу (фобическому, депрессивному). В противном случае управление группой значительно затруднено со стороны врача или клинического психолога.

При проведении психологической коррекции наиболее адекватными были следующие техники: "психотерапевтическое зеркало", "анонимное обсуждение", имаготехника, в процессе которых формируется собственный и "коммуникативный" портрет с вселением надежды на собственный личностный потенциал.

Из симптоматических методов психотерапии достаточно адекватными являлись гипносуггестивная, гетеротренинг, групповая психотерапия в виде мотивированных внушений для пострадавших с истерическими, конституционально обусловленными личностными особенностями.

В случае применения модифицированной методики психобиологической коррекции (Боев И.В., Уваров В.В., 1979) пограничных психических расстройств, личностных и поведенческих аномалий лекарственные препараты гексенал или тиопентал-натрия вводился внутривенно капельно в дозе 3,0-6,0 мл на 200,0 мл физиологического раствора в течение 1 часа. Это способствовало быстрому снятию или снижению эмоционального напряжения. Наибольший эффект наблюдался в первые постреактивные дни, предвзяв проведение групповой патогенетической психотерапии, потенцируя эффективность психофармакотерапии. Гетерогенная групповая тренировка позволяла позитивно изменять поведенческий стереотип, восстанавливать конституциональные механизмы психологической и личностной защиты. В результате стабилизировалась эмоциональная сфера и достигалась максимальная интеграция личности через суггестивные альтруистические и религиозно-философские образы. С одной стороны, создаваемые врачом чувственные образы, представления, в сочетании с гетерогенным словесным внушением, активно влияли на психическое состояние, с другой стороны, релаксация, вызываемая применением психолептических препаратов, потенцировала психофизиологический эффект гетерогенной тренировки.

Смыслом всех психотерапевтических апелляций к личности являлась попытка отвергнуть пассивное принятие личной трагедии и создать новые мотивации ценности и содержание смысла жизни.

Основная направленность психотерапии была обращена на патогенетическую «перестройку» взаимоотношений личности с ближайшим социальным окружением и о обществом в целом. При этом важно было учитывать первичные механизмы, способствующие возникновению постреактивных расстройств (активность или пассивность гражданской позиции, предыдущая система межличностных отношений, связывающих пострадавших о обществом, преобладание альтруизма или эгоцентризма в индивидуальной психологии и др.). Использовались также "вторичные механизмы", способствующие сохранению ранней психопатологической постреактивной симптоматики в виде личностно-психотипологических конституциональных особенностей: расположение пострадавшего в конституционально-континуальном пространстве: диапазон психологической нормы – акцентуации, диапазон пограничной аномальной личности. Если пострадавший относился к конституционально-континуальному диапазону психологической нормы – акцентуации, то оптимальным можно было считать использование техник психокоррекции. Если же пострадавший относился к диапазону пограничной аномальной личности, то наиболее адекватным методом коррекции следует считать психотерапию. У последней группы пострадавших от ЧС практически всегда наблюдались в последующем признаки формирования посттравматических стрессовых

расстройств или социально-стрессовых нарушений под влиянием бытовых или значимых психогений и экзогений, что требовало применения комбинированных методов психотерапии и психофармакотерапии.

## РЕЗЮМЕ

Полученные эмпирические и экспериментально-психологические результаты позволяют утверждать, что острые и хронические стрессоры в общей популяции населения вызывают достоверно различные психологические и психопатологические реакции, трансформирующиеся в клинические синдромы в структуре ПТСР, диагностика которых предоставляет возможность их достоверного разграничения.

Если для представителей психологически и психически условной нормы при взаимодействии с социальными стрессорами свойственны колебания психологического показателя экстра-интраверсии, то для жертв терроризма характерно нарастание конституциональной и ситуативной тревоги, которая сочетается с определенной генерализацией вегетативных расстройств и преобладающим истерическим типом реагирования. Субъекты общей популяции, пережившие хроническое социально-информационное стрессирование, проявляющееся в виде сформированных невротических расстройств, отличаются от лиц с условной психологической и психической нормой, нарастанием аффективных нарушений – субдепрессии и тревожности, коморбидных обсессивно-фобическим расстройствам.

В экстремальных условиях острого социально-информационного стресса в виде терроризма – заложничества начальные психологические и психопатологические реакции у пострадавших зависят от места их расположения в конституционально-континуальном личностном пространстве. Для представителей диапазона пограничной аномальной личности характерно преобладание архаичных психобиологических реакций, относящихся к наиболее ранним пластам эволюционного развития психики над личностными переживаниями. Для представителей диапазона психологической нормы-акцентуации характерно доминирование личностной компоненты переживаний над эволюционно более древними психобиологическими реакциями.

Вероятность формирования посттравматических стрессовых расстройств у жертв терроризма детерминирована конституционально-психотипологическими особенностями пострадавших, относящихся к конкретным личностным психотипам. К прогностически неблагоприятным личностным психотипам диапазона психологической нормы-акцентуации следует отнести представителей шизоидного и эпилептоидного психотипов; из диапазона пограничной аномальной личности – циклоидного и эпилептоидного психотипов. Именно указанные психотипы, располагающиеся в конкретных диапазонах конституционально-континуального пространства отличаются наибольшей вероятностью формирования посттравматических стрессовых расстройств в отдаленном периоде, спровоцированных банальными социальными стрессорами.

Проведенный нами эмпирический, клинко-психопатологический и психолого-математический анализ состояния психологического и психического здоровья жертв терроризма, пострадавших в экстремальных ситуациях, основанный на методологических позициях конституциональной психиатрии и психологии, позволяет предложить



настоящий метод диагностики и прогнозирования формирования ПТСР к использованию на федеральном, региональном, муниципальном и локальном уровнях.

Полученные результаты представляют ценность не только для теории клинической психиатрии и клинической психологии, психофармакотерапии, но и для решения трудовых, военных, судебных экспертных вопросов.

**Сдано в набор 15.11.2003г.**

**Подписано в печать 16.11.2003г.**

**Тираж 1000 экз.**

**Отпечатано в типографии ООО «Орфей-2»**