

БИБЛИОТЕКА
ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОАНАЛИЗА
ПСИХОТЕРАПИИ



Н. Н. Пуховский

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

БИБЛИОТЕКА
ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОАНАЛИЗА
ПСИХОТЕРАПИИ

Под редакцией
профессора В.В.Макарова

Н.Н.ПУХОВСКИЙ
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЙ

Академический Проект
Москва
2000

УДК 159.9

ББК 88

П88

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ПРОГРАММА КНИГОИЗДАНИЯ РОССИИ

Научный консультант серии — *А.Б.Хавин*

Пуховский Н.Н.

П88 Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. — М.: Академический Проект; 2000. — 286 с. — (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии)
ISBN 5-8291-0094-0 («Академический Проект»)

Книга посвящена рассмотрению проблем теоретической основы научной психиатрии — общей психопатологии. В сборник вошли следующие работы Н.Н. Пуховского: «Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций», «Криминальная психопатология и пенитенциарная идиосинкразической концепции психопатологических явлений и сопровождаются экскурсами в область кибернетики, системологии и теории управления. Особо акцентируется опасность психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций для общества.

Книга ориентирована в первую очередь на студентов-медиков и молодых врачей, занимающихся психиатрией, также может представлять интерес для педагогов, юристов, психологов.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 5-8291-0094-0

© Алексеева М. А., 2000

© Пуховский Н. Н., 2000

© Академический Проект,

оригинал-макет, оформление, 2000

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	9
ВВЕДЕНИЕ	12
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.	
КЛИНИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	19
1.1. Синдромодинамика первичного Эго-стресса (стресса осознания)	21
1.2. Социально приемлемые варианты психопатологической эволюции и личности участников ЧС	31
1.2.1. Аутистическая трансформация личности	36
1.2.2. Психосоматическая эволюция	40
1.3. Социально негативные варианты психопатологической эволюции личности участников ЧС	44
1.3.1. Токсикоманическая эволюция	45
1.3.2. Индивидуальное психическое вырождение	55
Заключение по первой главе	64
ГЛАВА 2. НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ	65
2.1 . Феноменологический анализ психопатологических последствий ЧС	
2.1.1. Феномен настороженности у военнослужащих в условиях постоянно повышенной боеготовности	66
2.1.2. Феномен корпоративной вины у персонала потенциально опасных производств при технологических авариях	68
2.2. Синдромальный анализ психопатологических последствий ЧС	70
2.2.1. Синдром Зомби у профессиональных военнослужащих в условиях боевых действий	70
2.2.2. Синдром «Рэмбо» у добровольных участников ликвидации последствий ЧС	73
2.3. Клиническая динамика психопатологических последствий ЧС	
2.3.1. Ранняя динамика психопатологических последствий ЧС у операторов ЧАЭС	75
2.3.2. Ранняя динамика психопатологических последствий ЧС у заложников и жителей Буденновска (лето 1995)	83
Заклучение по второй главе	88
Резюме первой части	89
ЧАСТЬ ВТОРАЯ.	
ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС	93
ГЛАВА 1.	
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАГРЕССИИ (ПСИХОТРАВМЫ) ПРИ ЧС	95
1.1. Феномен удвоения внутренней реальности человека	96
1.2. Соотношение страдания и тревоги в структуре внутренней реальности человека	103
1.3. Факторы психоагрессии и психопатогенный потенциал ЧС	110
Заклучение по первой главе	118
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА ПРИ ЧС	120
2.1. Невротический конфликт как психопатология тревоги	123
2.2. Метаневротический конфликт как психопатология страдания	134
ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ РОЛИ КОНСТИТУЦИОННОГО ФАКТОРА ПРИ ЧС	148
3.1. ММИЛ и психодиагностика конституционального фактора	150
3.2. О национальном характере великоросса	164
Заклучение по третьей главе	175
Резюме второй части	
ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС	179
ГЛАВА 1. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРА (ПСИХОТЕРАПЕВТА) В ОЧАГЕ ЧС	181
1.1. Некоторые особенности работы психиатра (психотерапевта) с профессиональными контингентами в очаге ЧС	182
1.2. Психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Аюшера	191
ГЛАВА2. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО (ПЕРМАНЕНТНОГО) ЭГО-СТРЕССА	206
2.1. Некоторые теоретические аспекты проблемы психотерапии перманентного Эго-стресса	207
2.2. Формализованная методика аналитически ориентированной гипносуггестивной терапии уныния (сценарий для записи на CD)	218
Заклучение по второй главе	222
Резюме третьей части	222
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	224
ПСИХОИСТОРИЧЕСКОЕ ПОСЛЕСЛОВИЕ АВТОРА	234
ЛИТЕРАТУРА	239

ПРЕДИСЛОВИЕ

Из названий трудов, вошедших в издание, читатель может сделать заключение, что их объединяет общая тематическая направленность. Все они посвящены рассмотрению проблем теоретической основы научной психиатрии — общей психопатологии.

Современная психиатрия неуклонно превращается в четвертую область медицинской науки и практики. И хотя первые три — хирургия и травматология, акушерство и гинекология, терапия внутренних болезней — обособились исторически гораздо раньше, современное человеческое общежитие уже невозможно представить без психиатрии и психотерапии.

Общая психопатология есть отрасль концептуального знания о природе и сущности предмета научной психиатрии — психических расстройств. Но «медицинская модель» расстройств психической деятельности, представляющаяся столь естественной немедицинской обществу, на самом деле отнюдь не единственно возможная.

Общая психопатология как наука может одновременно рассматриваться как отрасль общей патологии и общей психологии. Явления, относимые к области психопатологии, могут одновременно концептуализироваться как симптомы органического повреждения мозга и как феномены психодинамического происхождения. Более того, фигу-

рально выражаясь, психопатологий даже не две, а две с половиной. Современная научная психиатрия склонна объединять в единую концепцию невротического процесса «стресс — конфликт — тревога — защита — клиника» психотравму и функциональное состояние глубинных структур головного мозга. В то же время с достаточной определенностью отграничивается собственно медицинская «психопатология Хаоса» — первично ослабоумливающие геронто-дегенеративные (иммунопатологические) процессы, сущность которых связана с органическим повреждением механизмов смысловой памяти «нейронных контуров», о последующих — постоянно поддерживаемое отношение к смысловой среде.

Однако эти «две с половиной» психопатологии оставляют неясным путь концептуального отграничения «психопатологии Абсурда» — проблему собственно Психоза или острой функциональной психотической реакции. Если же рассматривать проблему Психоза в рамках единого невротического процесса, то психопатологий становится даже не две с половиной, а три!

Собственно, предварительному формулированию этой весьма идиосинкразической концепции психопатологических явлений с экскурсами автора в область кибернетики, системологии и теории управления посвящена одна из двух работ, вошедшие в этот сборник — *«Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций»*.

В трагическую годину история
возносит на гребень великих людей,
но сами трагедии — дело рук
посредственностей.

Морис Дрюон

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ МОЕГО ОТЦА,
ВОЕННОГО ИСТОРИКА
НИКОЛАЯ ВЛАДИМИРОВИЧА ПУХОВСКОГО

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Многолетний опыт жизни и работы в психиатрии убедительно доказал мне, что познание не всесильно: более того, привычные моему поколению с молодых лет диалектико-материалистические категории недостаточны для понимания принципиального различия между познанием и постижением, знанием и умением, сознанием и совестью.

Жизнь человека протекает как единый процесс освоения мира, две неразрывных стороны которого должны составлять постижение (вера) и познание (объективное знание).

Истина не достигается доказательством, истина достигается освоением, в ходе которого вера и знание равно необходимы. Чрезмерное увлечение познанием в ущерб постижению (вере) лишь способствует формированию иллюзорных представлений об объективной реальности, подмене деятельного освоения мира процессами адаптационной психодинамики — собственно невротическим мировосприятием.

С другой стороны, опорные характеристики однажды (в детстве) освоенной человеком объективной реальности формируют ее «внутреннюю информационную модель», в последующем априорно незыблемую — если знание не должно подводить, то доверие не должно обманывать. Однако при чрезвычайных ситуациях человек внезапно обнаруживает, что не только знание подвело, но и доверие обмануло — само представление о незыблемости опорных характеристик реальности оказалась не более чем виртуальным.

Чрезвычайная (гиперреальная) угроза разрушения привычного мира и самой жизни человека — травматический психический стресс — ставит человека лицом к лицу с проблемой выживания; вся его психика подвергается жестокому потрясению и вынужденно подчиняется инстинкту самосохранения. Возникает ситуация кризиса познания и доверия — духовного кризиса человека.

Но у человека потребности самосохранения неотделимы от второй стороны инстинкта — потребностей самоопределения, и если он не погибает в чрезвычайной ситуации, то неминуемо сталкивается с новой, психотравмирующей реальностью, оказывается лицом к лицу с проблемой нарушения ранее сложившегося баланса инстинктивных потребностей самосохранения и самоопределения, стремления жить и стремления быть (в русской этнической культуре эта неделимая двойственность земной жизнедеятельности человека выражается характерными словами начала многих народных сказок «Жил-был»).

Устойчивое динамическое равновесие (баланс) потребностей самосохранения и самоопределения, составляющий одну из основ психофизической конституции человека, имеет, среди прочих типологических характеристик, национально-исторические особенности.

Для жителя современной России эти особенности прямо связаны с уникальным историческим характером Российского государства («опричная империя»). Более четырех веков иррационального бытия в условиях гражданской войны — хронического жестокого (психического) стресса выживания — не только усугубили устойчивые эпилептоподобные особенности национального темперамента великоросса, естественно возникшие в климато-географических условиях тысячелетней геополитической истории славянства. Они (эти века гражданской войны) привели к хроническому духовному кризису и существенно ограничили индивидуальный ресурс психофизиологической адаптации этно-культурных русских граждан России, сделали основ-

ной этнос нашей страны болезненно уязвимым по отношению к психическому стрессу, тем более к травматическому, характерному для чрезвычайных ситуаций.

Поэтому не будет преувеличением сказать, что усилия по предупреждению и коррекции психопатологических последствий чрезвычайных ситуаций в современной России следует рассматривать как существенную часть ключевой проблемы национального здравоохранения — борьбы с реальной опасностью вырождения великорусской этнической культуры.

ВВЕДЕНИЕ

Чрезвычайные ситуации — природные бедствия, технологические аварии, социальные потрясения — могут иметь катастрофические последствия, вести к страданиям и гибели людей, разрушению социальной инфраструктуры. В этих случаях они требуют значительных (иногда колоссальных) материальных и духовных затрат для ликвидации их последствий. По этой причине мероприятия по предупреждению и ликвидации последствий ЧС являются прерогативой национального государства.

Медико-санитарные (травматологические) потери по справедливости рассматриваются как самое трагическое последствие ЧС. Однако автор полагает, что внешне менее драматические — психопатологические последствия ЧС несут значительно большую угрозу самим основам социальной организации человеческого общежития.

Разрушения можно восстановить, жертв катастрофы похоронить с почестями, оплакать и оставить покоиться с миром — мертвые не страдают, страдают оставшиеся в живых. Психические и психосоматические расстройства у людей, волею судьбы вовлеченных в ЧС, с течением времени начинают преобладать в структуре социально-медицинских последствий ЧС и неуклонно ведут к снижению качества жизни, преждевременной инвалидизации и ранней смертности этой категории людей, численность которой (связанная с «эффектом домино») систематически не-

дооценивается. Это делает проблему психопатологических последствий ЧС предметом науки и практики самостоятельной отрасли общей психиатрии — психиатрии катастроф.

Предлагаемая вниманию читателя работа включает три взаимосвязанных общей концепцией части: в первой рассматриваются общие характеристики клинической динамики, вторая часть посвящена проблеме патогенеза и, наконец, третья — вопросам диагностики и терапии психопатологических последствий ЧС.

Автор поставил перед собой задачу рассмотреть проблему патогенеза на основе описания и анализа собственных и опубликованных в специальной литературе данных о клинической картине психопатологических последствий ЧС.

По мнению автора, это поможет выявить закономерности клинической динамики таких последствий. Выявленные закономерности, в свою очередь, наглядно подтверждаются примерами частных клинических картин. Проблема патогенеза рассматривается с позиций развития идей классического психоанализа, преимущественно в рамках концепции адаптационной психодинамики Ш. Радо и культурно-социологической теории невротизма К. Хорни.

Концепция Ш. Радо в отечественной психиатрии приняла форму ныне общепринятой теории психической и психофизиологической адаптации. Общепризнанная в мировой психиатрии теория невротизма К. Хорни в СССР длительное время находилась под идеологическим запретом. При рассмотрении проблемы использована литература из различных областей общей психологии (в частности, нейропсихологии, уголовно-правовой психологии, психолингвистики, общей психопатологии) и близких к ней отраслей знания (в частности, теории систем, теории управления), в том числе по проблемам психодиагностики, ряд произведений старых авторов и, наконец, справочная литература (в том числе руководства по психиатрии).

Необходимо отметить, что при углубленном рассмотрении вышеназванных двух аспектов проблемы (взаимосвязь клинической динамики и патогенеза психопатологических последствий ЧС) возникает впечатление, что психоаналитические концепции всегда лежали в основе взглядов лучших представителей отечественной школы клинической психиатрии. Однако искусственно прививавшийся с 1929 г. (времени печально знаменитого заседания Комакадемии) в сфере отечественной науки навык лицемерия привел к выхолощенности концептуальных позиций. Немалую отрицательную роль играло также отсутствие квалифицированных переводов работ крупнейших психоаналитиков 30–60-х годов XX в., чьи взгляды (в настоящее время очевидные для всего мира) лежат в основе научной психотерапии Ш. Раддо, Ф. Александера, Г. Салливана, К. Хорни, Э. Эрикссона, М. Кляйн, П. Федерна, В. Винклера и других: по этой причине их взгляды вынужденно излагаются по сведениям справочной литературы. В связи с этим представляется необходимым назвать имена тех, чьи труды составили основу предлагаемой читателю патогенетической концепции: К. Хорни «Наши внутренние конфликты (конструктивная теория неврозов)»; Ф. Б. Березин «Психическая и психофизиологическая адаптация человека»; Э. Гельгорн и Дж. Лuffборроу «Эмоции и эмоциональные расстройства»; Я. Э. Голосовкер «Логика мифа»; Т. Шибутани «Социальная психология»; Е. К. Краснушкин «Опыт психиатрического построения характеров у правонарушителей» (в книге «Преступление и преступность»).

Автор полагает, что демонстративное уклонение от концептуальной оценки закономерностей развития психопатологических последствий ЧС не позволяет современной отечественной психиатрии, в конечном итоге, не только правильно построить методологию профилактических, терапевтических и реабилитационных усилий, но направлять необходимые усилия национального здравоохранения адекватно социальной значимости проблем.

Как предмет научной психиатрии (с позиций теоретической психопатологии как отрасли психологического знания) ЧС могут, с одной стороны, рассматриваться в качестве естественной модели психогенеза психических расстройств, а с другой — с очевидностью показывают исключительно высокую роль фактора процессуальности («психиатрия течения» А. В. Снежневского).

С индивидуально-личностной точки зрения, характерной для каждого вольного или невольного участника ЧС, ситуации этого типа имеют три принципиальных особенности:

1. Чрезвычайный характер угрозы позволяет ей выступить в роли «великого уравниателя» шансов на выживание; реальная угроза жизни и благополучию предстает как внешний фактор по отношению к уже сложившейся психике (экзистенциальная ситуация). Общепризнан реактивный генез возникающих при этом патологических явлений, для которого характерен трехзвенный механизм, подразумевающий взаимодействие психотравмы, конституционального фактора и интрапсихического конфликта. Для психопатологических последствий ЧС характерно объективное преобладание роли первого (внешнего) звена в этом механизме. Сверхмощная психотравма закономерно выявляет самые незначительные латентные деструктивные побуждения и актуализирует интрапсихический конфликт, т. е. носит безусловно психопатогенный характер.

2. Последствия чрезвычайной угрозы затрагивают наиболее общие механизмы человеческой психики, характеризующие общечеловеческие культурно-исторические (вплоть до анатомо-биологических) особенности адаптационной психодинамики, обеспечивая необходимое интерперсональное «согласие по поводу значений» психотравмирующих факторов. В этом смысле сопоставление психотравмирующих характеристик ЧС с реалиями национальной истории, традиций, вероисповедания, культуры, языка и речи, государства и права, популяционными стандартами особенностей психофизиологической конституции, всем тем, что превращает

мир человека в ноосферу, открывает путь к объективному измерению агрессологического потенциала индивидуальных значений (личностных смыслов) — интимного механизма травматического психического стресса.

3. Масштабы чрезвычайной угрозы таковы, что оценки агрессологического потенциала факторов психотравмирующего воздействия ЧС характеризуются максимальной степенью интерперсонального согласия по поводу значений, а референтная группа может достигать масштабов не только национальных, но и всего человечества. Поэтому носитель реальной помощи жертвам ЧС со стороны человеческого сообщества, ликвидатор последствий катастрофы объективно приобретает черты «магического помощника». Этими чертами страдающее индивидуальное сознание наделяет как отдельных людей, так и их объединения, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС, вплоть до государства и мирового сообщества.

Таким образом, мероприятия по ликвидации последствий ЧС существенно влияют на отношение граждан к обществу, государству и власти.

Именно эти три качества «человеческой» реальности ЧС — чрезвычайная угроза как великий уравниватель шансов на выживание, интерперсональное согласие по поводу индивидуальных значений психотравмирующих факторов, надделение инстанции-ликвидатора последствий ЧС качествами магического помощника — ложатся в основу психопатологических последствий ЧС и превращают их в проблему национального здравоохранения.

Представления о механизмах патогенеза психопатологических последствий ЧС формируются на основе анализа материалов клинических наблюдений за их ближайшей и отдаленной клинической динамикой. Здесь также возникает проблема — что считать относящимся к области психопатологии. Автор придерживается позиций, изложенных в комментариях к МКБ-10, полагая при этом, что существуют все же характерные именно для современной России популяционные осо-

бенности психопатологических явлений. Поэтому патогенетические суждения основаны на изучении клинической динамики психических и психосоматических расстройств у людей, переживших крупные катастрофы новейшей истории нашей страны — радиационную аварию на Чернобыльской АЭС (1986 г.), землетрясение в Спитаке (1988 г.), войну в Чечне 1994—1996 гг., ряд других природных бедствий, технологических аварий и социальных потрясений (война в Афганистане, ингушко-осетинский конфликт, постоянное проживание в экологически неблагоприятных условиях «Российского Чернобыля» — Брянской области и зоны последствий ядерных испытаний в Семипалатинской области, в сейсмоопасных зонах Камчатки, авария на АПЛ «Комсомолец», землетрясение в Нефтегорске, захват чеченскими террористами заложников в Буденновске).

Исследования проводились автором непосредственно в очагах ЧС и в последующие за ЧС годы; использованы также опубликованные другими авторами материалы литературы и отчетной документации. Сказанное может быть отнесено также и к материалам многолетнего психодиагностического изучения роли и места фактора психофизической конституции человека в организации его поведения. При использовании данных, любезно предоставленных другими исследователями, а также в тех случаях, когда автор упоминает совместные работы, в тексте даются соответствующие ссылки.

Наконец, формирование представления о патогенетическом единстве психопатологических последствий ЧС на почве хронического невротического процесса позволяет перейти к некоторым рекомендациям по разработке единой, патогенетически обоснованной тактики предупреждения, коррекции и терапии такого рода последствий. С точки зрения автора для подобной тактики характерен ряд моментов, в частности:

- единство организации и методики ранней и сверхранней диагностики и коррекции наблюдаемых расстройств в очаге ЧС;

- максимальный приоритет методов психотерапии при обязательном применении фармако- и физиотерапии психического стресса;
- специфическая структура аналитически ориентированной гипно-суггестии с включением в ее ткань методов и средств оздоровления;
- другие особенности, объединяемые общей целью — предупреждения патологической эволюции личности человека, волей судеб вовлеченного в ЧС.

Разумеется, в разделах частных клинических картин и методов предупреждения, коррекции и психотерапии психопатологических последствий ЧС содержатся описания лишь немногих из реального множества аспектов клиники и терапии психопатологических последствий ЧС.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

КЛИНИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Демон сумрачной болезни
Сел на грудь мою и жмет...

Валерий Брюсов «Болезнь»

Клиническая картина многообразных психических и психосоматических расстройств у людей, волею судеб переживших ЧС, в настоящее время достаточно широко освещается в специальной литературе.

Большинство исследователей склонны разделять клиническую картину по времени существования и выраженности клинических проявлений (острых, подострых, протрагированных, хронических расстройств). Однако, как уже отмечалось во введении, автор считал своей задачей освещение наиболее общих закономерностей клинической динамики психопатологических последствий ЧС (в понимании, близком к концепции «психиатрии течения» А. В. Снежневского). По этой причине клиническая картина психических и психосоматических расстройств «привязывается» к этапным, переломным моментам жизненного пути участников ЧС — непосредственным проявлениям (в очаге ЧС), ближайших (до года после ЧС), среднесрочных (до пяти лет после ЧС) и отдаленных последствий ЧС (более пяти лет).

С некоторой степенью условности можно выделить три уровня анализа и описания наблюдаемых клинических проявлений: феноменологический, оценочный (синдромальный) и клинико-динамический.

Феноменологический характерен тенденцией к разграничению феномена (наблюдаемого явления), ноумена (умозрительной основы феномена) и эпифеномена (вторичного, сопутствующего явления) преимущественно в рамках концепции психопатологических реакций.

Оценочный (синдромальный) характеризуется тенденцией к оценке прогностической значимости наблюдаемых явлений как симптомов и синдромов (симптомокомплексов, комплексов) тех или иных расстройств, преимущественно, в рамках нозологической концепции.

Клинико-динамический представляет собой сочетание преимуществ и достоинств этих двух тенденций, что позволяет обосновать суждение о процессуальном характере психопатологической динамики — посттравматической эволюции личности участника ЧС.

В следующем разделе представлены материалы описания всех трех уровней анализа психопатологических явлений.

ГЛАВА 1 КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС

В раздельной четкости лучей
И в чадной слитности видений
Всегда над нами — власть вещей
С ее триадой измерений.

И грань ли ширишь бытия
Иль формы вымыслом ты множишь
Но в самом «Я» от глаз «Не Я»
Ты никуда уйти не можешь...

Иннокентий Анненский «Посту»

Принимая во внимание задачу исследования (выявление наиболее общих, типологических закономерностей клинической динамики психопатологических последствий ЧС), представляется целесообразным рассматривать эту

динамику в трех аспектах: синдромодинамика первичного Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности); опыт работы в очагах ЧС позволяет утверждать, что именно явления Эго-стресса лежат в основе патогенеза психопатологических последствий ЧС; социально приемлемые варианты психопатологической эволюции личности участников ЧС, психические (невротические) и психосоматические расстройства, лечение которых традиционно рассматривается как естественное поле деятельности здравоохранения; социально негативные варианты психопатологической эволюции личности участников ЧС, расстройства социального поведения человека, в отношении которых позиция государства традиционно носит двойственный, медико-правовой характер.

1.1. Синдромодинамика первичного Эго-стресса (стресса осознания)

Погибло все. Палящее светило
По-прежнему вершит голов
круговорот...

Александр Блок

По миновании драматических и ярких аффективно-шоковых (острых психоневротических) реакций, характерных для первоначальных событий в очаге катастрофы, на первый план закономерно выступает менее впечатляющая, но гораздо более грозная прогностически клиническая картина первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания).

Сущность психопатогенетического потенциала ЧС заключается в столкновении ранее сложившейся структурной организации Эго (личности) с новой, непривычной и травмирующей психику постшоковой ситуацией реальной угрозы для жизни и здоровья, внезапных болезненных утрат, потерь и массивного дискомфорта. Необходимость следовать в этих условиях «принципу реальности» создает предпосылки для стресса осознания, порождает интрапсихический конфликт

и подвергает тяжелым испытаниям интегративную функцию Эго.

Первичный Эго-стресс (стресс осознания новой, психотравмирующей реальности) играет ключевую роль в генезе психопатологических последствий ЧС. Он и есть собственно травматический психический стресс (ТПС), выступающий как сложноорганизованный динамический клинический симптомокомплекс (синдром) и в то же время как исходное звено патогенеза психопатологических последствий ЧС.

Описание и анализ клинической картины и механизмов Эго-стресса тем более необходимы, что, в силу реалий отечественной истории и культуры, феномены, составляющие его структуру и обязанные своим возникновением действию патогенных Эго-защит, традиционно рассматривались окружающими как свойственные психическому здоровью (например, укоренившаяся тенденция к использованию ненормативной лексики). Между тем, феноменологическое единство структуры Эго-стресса в норме и патологии лишь подчеркивает особую значимость фактора количественной выраженности составляющих его структуру явлений, а также опасность нераспознавания и недооценки их психопатогенного потенциала.

Клиническую структуру синдрома составляют фрустрационная регрессия, аффект болезненного недоумения, аффект психалгии, дисторсия и острые реакции на стресс.

Фрустрационная регрессия. Клиническая картина синдрома первичного Эго-стресса отражает (нередко в символической форме) действие одного из базовых механизмов патогенной Эго-защиты в ситуации фрустрации центральных потребностей самосохранения и самоопределения — механизма регрессии.

Регрессия проявляется (в целом) возвращением к ранним (преодоленным в процессе индивидуального развития) формам поведения и архаическим формам эмоциональности в степени, соответствующей тяжести фрустрации и/или ра-

нее сложившимся устойчивым особенностям психофизиологической конституции.

Можно утверждать, что психопатогенетический потенциал ЧС в современной России прямо и непосредственно связан с фрустрационной регрессией психики участника ЧС.

Сам факт пребывания в очаге ЧС сопровождается автоматической регрессией психики человека на уровень подросткового пубертатного криза (13—18 лет), что находит свое поведенческое выражение в подчеркнутых дисциплине, субординации, подчиняемости и готовности к самоограничению инициативы (у детей более раннего возраста в «примерном» поведении, послушании), при одновременной повышенной вероятности бурных вспышек внутренне неопосредованного разрушительного, либо хаотически дурашливого возбуждения, «подросткового поведения». Регрессия человеческой психики в очаге ЧС на уровень подростковости находит свое выражение в переживании *role confusion* (ролевой спутанности) и (позднее) явлениях *identity crisis* (кризиса самоопределения), в частности, обнаруживается заметный аффект недоумения (об этом ниже).

Особое место занимает ситуация фрустрации потребностей самоопределения (ограничения прав и свобод личности). Здесь на фоне регрессии могут наблюдаться два варианта условно патологической динамики личности в очаге ЧС:

- персонификация источника угрозы с переживанием отвратительности и чуждости «образа врага» (и, напротив, всемогущества и величия «образа магического помощника») и активным внешним проявлением переживаний в поведенческих реакциях и целенаправленной деятельности;
- при наличии мощной внешней блокады проявлений гетероагрессии и враждебности возможны аутоагрессивные (суицидальные) действия, либо дальнейшее углубление регрессии поведения, как правило, не глубже уровня 3-летнего ребенка, в частности, в области «финктериальной дисциплины».

Архаическая эмоциональность связана с переживанием в очаге ЧС чувства беспомощной подверженности реальной и непосредственной опасности для жизни, здоровья, благополучия и комфорта. Это переживание (чувство угрозы) само по себе отражает регрессию психики человека на уровень пубертатного криза, поскольку полагает наличие аффективно искаженного (аутистического) мышления. По мере углубления регрессии это переживание может представлять в виде аффектов недоумения и/или психалгии, которые входят в динамическую структуру синдрома первичного травматического Эго-стресса.

Аффект болезненного недоумения. Присущ начальному периоду существования синдрома Эго-стресса. Отражает наличие упорных и безуспешных попыток осмысления («уразумения») новой, психотравмирующей реальности. Проявляется глубокой задумчивостью, погруженностью в мучительные, часто с оттенком невыносимости, переживания. Характерен элективный мутизм, могут быть выражены явления ограниченной подвижности (субступорозности), безвольного подчинения. Свообразным символом аффекта недоумения представляется метафорическая речь: «Надо что-то вспомнить, вспомнить самое главное, от чего зависит счастье. А мысли разваливаются, и самое главное, вильнув хвостиком, исчезают. И снова надо все обдумать, понять, наконец, что же случилось, почему стало все плохо, когда раньше все было хорошо» (И. Ильф, Е. Петров «Золотой теленок»). В связи с этим следует отметить, что метафоричность мышления и речи представляется в высшей степени типической характеристикой различных субкультур и, прежде всего, молодежной.

Вообще, как отмечает И. Васюченко (журнал «Знамя», октябрь 1989), анализируя роман В. Войновича «Жизнь и необычайные приключения солдата Ивана Чонкина», «слово, ... утрачивая свой первоначальный действительный смысл, получает взамен иррациональное могущество заклинания»,

инными словами, метафора — феномен и инструмент освоения новой реальности.

В обыденной жизни переживание умеренно выраженного аффекта недоумения носит, как правило, оттенок поиска ошибки партнера по регламентируемым интерперсональным отношениям («Как не стыдно! Ты, такой неробкий, / Ты, в стихах поющий новолунье, / И дриад, и глохнущие тропки, / Испугался маленькой колдуньи!...») — Марина Цветаева «Недоумение»), подразумевающий подспудное чувство собственной смутной, неясной вины, самоупрека. Однако болезненный аффект недоумения (*perplexity*) в психиатрической литературе описывается в клинической картине злокачественного течения травматического невроза (психорексиса) уже как объективная характеристика тяжести состояния.

Мучительность переживаний как основное качество болезненного аффекта недоумения находит свое выражение в психиатрической терминологии. В частности, в английском языке «*perplexity*» близко по содержанию к «*anguish*» (сильное страдание, жестокая боль, мучение) и франкоязычному «*angoisse*» (тоска, ужас, тревога, стеснение в груди), что соответствует представлению об иррациональной тревоге.

Поэтому аффект болезненного недоумения следует рассматривать как клиническое проявление дальнейшей регрессии патогенной тревоги (чувства угрозы), а его выраженность служит показателем индивидуальной травматичности психического стресса (фрустрации потребностей самосохранения и самоопределения).

Мощный аффект болезненного недоумения нередко определяется у людей, спасенных после длительного пребывания под завалами, когда «разум сознает свою медленную, движущуюся вспять смерть, сознает, что в конце концов тоже исчезнет и... прощается с жизнью и скорбит на собственных нескончаемых похоронах» (А. Бестер «Человек без лица»).

Аффект психалгии. Невыразимое словами переживание душевной боли, страдания (синдром алекситимической пси-

халгии) может рассматриваться как показатель дальнейшего течения фрустрационной регрессии в структуре синдрома Эго-стресса. Если для аффекта недоумения характерны краткость существования, яркость клинических проявлений и преобладание оттенка мучительности попыток осмысления результатов психоагрессии, то для психалгии характерны, напротив, длительность, скрытность и оттенок признания безнадежности, безвозвратности утрат и потерь («Слава тебе, безысходная боль! / Умер вчера сероглазый король... /... А за окном шелестят тополя: / Нет на земле твоего короля...») — А. Ахматова «Сероглазый король»), победы психоагрессивного вмешательства и психотравмирующей реальности над внутренним миром человека. Феномен психалгии описан еще Р. фон Крафт-Эбингом как состояние болезненно подавленного настроения с характерным оттенком «невыносимости страдания». Для клиники реактивной алекситимической психалгии характерны явления субдепрессии, обязательно маскированной, включая соматические «маски», «охранительный режим» по отношению к комплексу причиняющих болезненные переживания тем, вспышки гнева при неосторожном прикосновении к «больному месту» или, напротив, «примерное», тихое поведение с легко выявляемыми переживаниями ангедонии, обреченности, подавленности и пассивности.

По-видимому, именно психалгию (чувство душевной боли) имеют в виду авторы, описывающие феномен тревоги-гнева («anger») и его проявления (экстернализации) как конъюнктивные, а не дизъюнктивные переживания.

В структуру феномена душевной боли, очевидно, следует включить явления внутреннего напряжения и гиперестезические реакции в силу их алекситимической формы. Вообще, из-за алекситимии (и обязательной маскированности субдепрессивного аффекта) выраженность и прогностическое значение феномена душевной боли, как правило, недооценивается клиницистами. Между тем, именно алекситимическая психалгия реализуется в острых соматоформных,

поведенческих, аффективных и конституциональных реакциях, в частности, неожиданных вспышках разрушительного хаотического возбуждения, алкогольных (и иных токсикоманических) эксцессах и внезапных «безмотивных» суицидальных попытках.

Хронический характер реактивной алекситимической психалгии, ее скрытность и потенциальная деструктивность дают основания рассматривать этот феномен фрустрационной регрессии аффекта как центральное звено синдрома динамики Эго-стресса.

Дисторсия (буквально — искажение, искривление, извращение, «вывих» мышления). Это понятие, малознакомое современным отечественным специалистам, примерно соответствует концепции «первичной бредовой идеи» М. И. Вайсфельда, «не обусловленной никакими психологическими основаниями — ни мышлением, ни галлюцинациями, ни характером больного: ...у нее нет психогенеза». С другой стороны, в обыденной практике она близка к понятию «предвзятой» идеи — путеводителя в «Искаженном мире» Роберта Шекли («Обмен разумов»). Поэтому можно условно определить дисторсию как элементарную единицу аутистического мышления. Представляется, что феномен дисторсии играет, к сожалению, чрезмерно важную роль в формировании менталитета современного жителя России.

В блестящей литературной форме эта идея дается В. М. Гаршиным в знаменитом «Красном цветке»: «Он сорвал этот цветок, потому что видел в таком поступке подвиг, который он был обязан сделать... В этот яркий красный цветок собралось все зло мира... Цветок в его глазах осуществлял собою все зло: он впитал в себя всю невинно пролитую кровь (оттого он и был так красен), все слезы, всю желчь человечества. Это было таинственное, страшное существо, противоположное богу, Ариман, принявший скромный и невинный вид. Нужно было сорвать его и убить».

В данном контексте чаще всего имеется в виду реактивная дисторсия — паралогическое формирование (комплекс

«аффект-идея»), призванное определить источник чрезвычайной угрозы. Подобная дисторсия, как правило, имеет форму изолированной концептуальной идеи катастрофы как результата происков враждебных сил глобального масштаба, иррационального зла. Так, после землетрясения в Спитаке высказывалась идея, что катастрофа произошла вследствие «отдаленного ядерного взрыва, проведенного Москвой в ответ на требование Арменией самоопределения». В ряде случаев могут иметь место изолированные идеи виновности и греховности, а также наказания за грехи и искупления грехов (реактивная Эго-дисторсия).

Можно отметить, что реакция окружающих на высказывание подобных дисторсий также сопровождается выраженным аффектом метафорического недоумения.

Реактивная дисторсия нередко (в ситуации хронического жестокого стресса, например, в местах лишения свободы) может проявляться реакциями враждебного недоверия (поведение «загнанного зверя») — парадоксальным сочетанием сензитивности и ранимости с настороженностью и подозрительностью при случайном или намеренном прикосновении к комплексу болезненных переживаний. Расширение поля подобных реакций отражает нарастание аутистической трансформации личности. Интересно отметить, что психодиагностика подострых реакций враждебного недоверия показывает их структурное сходство с описанием С. Г. Жислиным «параноидов внешней обстановки» и/или реактивными психозами мест лишения свободы. С точки зрения МКБ-10, все это — острые психотические реакции на стресс (п. F 23. 000).

Нередко отмечаются явления паратаксической дисторсии в виде спонтанных упреков в несостоятельности «магических помощников», призванных «совершить невозможное», а также в виде завуалированных метафорами и другими средствами языка и речи оттенков скрытой враждебности (корысти, ревности, зависти, неприязни) в речевой продукции.

Наконец, при участии дисторсии фантазирования (*fantasised distortion*) реализуются характерные для крупномасштабных катастроф тенденции к формированию субкультуры, эпоса и мифологии событий ЧС.

При клинической оценке характера концептуальных суждений людей, переживающих травматический Эго-стресс, следует всегда обращать особое внимание на реалии национального менталитета, в силу которых самые экстравагантные идеи могут оказаться вполне реалистическими.

Острые реакции на стресс. В структуре синдрома первичного травматического Эго-стресса из-за исходной скрытости напряженного регрессированного аффекта острые реакции на стресс предстают особенно неожиданными. Клинически могут быть разграничены конституциональный, аффективный, поведенческий и острый соматоформный типы реакций на стресс. Однако для клинической картины в очаге ЧС характерна типологическая смешанность и взаимная сменяемость в рамках однократного приступа острых реакций.

Три вида таких реакций можно считать присущими обстановке (прежде всего, профессиональной деятельности, но также и другой целенаправленной деятельности) в очагах ЧС:

— конфликтные реакции, связанные со стрессовой актуализацией конституциональных черт демонстративности, аффективной ригидности, стремления к доминированию (возникают обычно на почве профессиональных конфликтов, на фоне утомления и дискомфорта);

— хаотическое агрессивное разрушительное возбуждение, мощное, непредсказуемое и кратковременное, на фоне алкогольных (и иных токсикоманических) эксцессов, обычно также с наблюдаемыми конституциональными стигмами органической недостаточности ЦНС;

— сердечно-сосудистые кризы, как правило, в ситуации «психологического раскачивания», на фоне хронической алкогольной интоксикации, утомления и дискомфорта, при обнаруживаемой конституциональной недостаточности вегетативно-сосудистого регулирования.

Таким образом, клиническая картина Эго-стресса (стресса осознания новой, психотравмирующей реальности) складывается из явлений фрустрационной регрессии психики, прежде всего аффектов метафорического недоумения и алекситимической психалгии, эпизодической Эго-дисторсии и острых смешанных реакций на стресс.

Синдромообразующие характеристики Эго-стресса таковы:

— структурные элементы неравноценны, в силу чего образуется динамическая иерархия феноменов;

— центральное звено синдрома — поэтапная регрессия аффекта (чувство угрозы — аффект недоумения — аффект душевной боли);

— сопутствующая ему поэтапная регрессия речи, мышления и самосознания (метафорическая речь — алекситимия — дисторсия);

— эпизодические срывы социальной и психофизиологической адаптации в виде острых смешанных стрессовых реакций.

Поэтому синдром первичного Эго-стресса можно рассматривать как непосредственный результат психоагрессии (чрезвычайной угрозы), формирующий адаптационно-психодинамическую основу аффективных, поведенческих, конституциональных и соматоформных реакций. Как будет показано далее, первичный Эго-стресс обладает аутохтонной способностью переходить в перманентный (вторичный) Эго-стресс *identity crisis*, кризис самоопределения и способствовать развитию дальнейших психопатологических последствий ЧС. В этом смысле синдром Эго-стресса является центральным звеном патогенеза психопатологических последствий ЧС.

1.2. Социально приемлемые варианты психопатологической эволюции личности участников ЧС

... помилуйте! не веря ни лучу,
ни голосу, не ожидая чуда,
вернусь в подвал, руками обхвачу
остриженную голову и буду
грустить по городу, где слеп заморский гость,
позорных площадей великолепье,
где выл я на луну, грыз брошенную кость
и по утрам звенел собачьей цепью...

Бахыт Кенжеев

Рассмотренные ранее характеристики синдрома Эго-стресса определяют цели и задачи описания дальнейшей клинической динамики психопатологических последствий ЧС — установление общих закономерностей течения психических и психосоматических расстройств (при недостаточно активной, неэффективной или неадекватной лечебно-реабилитационной помощи участникам ЧС).

Можно констатировать следующие две закономерности:

— клиническая картина ранних психопатологических последствий ЧС различается весьма существенно при трех разных видах ЧС: антропогенных, антропогенных и антропосоциогенных катастрофах, причем это различие непосредственно связано с представлением о роли человека в их генезе;

— клиническая картина ранних психопатологических последствий ЧС различается весьма существенно у двух разных контингентов лиц, волею судеб оказавшихся в очагах катастроф — пострадавших (тех, на кого несчастье обрушилось) и иных (в том числе добровольных) участников событий.

Под социально приемлемыми вариантами психопатологических последствий понимаются психические и психосоматические расстройства, при которых человек испытывает чувство болезни, «страдает сам», обращается в медицинские уч-

реждения за помощью. С другой стороны, многолетний опыт функционирования служб медицинской помощи уже «рассчитан» на данные категории пациентов: эти люди — традиционные посетители больнично-поликлинической сети МЗ РФ. Речь идет о невротических (неврозоподобных) психических и психосоматических расстройствах.

В структуре ранней динамики психопатологических последствий ЧС существенное место занимают следующие клинические явления и феномены:

- вышеописанный синдром Эго-стресса, формирующий психодинамическую основу клинической картины развивающихся расстройств;
- болезненные переживания вины, стыда и отвращения как эффекты действия патогенной Эго-защиты реактивными формациями;
- эпизодические переживания ужаса, персекуторности и парализующего страха под воздействием «факторов устрашения»;
- возникновение и развитие феноменов «вины выжившего», «корпоративной вины» и «ожидания наказания за происшедшее»;
- ситуационные фобии и формирование фобического синдрома как показатель интенсивности процесса первичной невротической организации;
- быстрое (в течение года) формирование ипохондрического синдрома, явлений психоневроза с явлениями нарциссизма и регрессии.

Структура последующей динамики психопатологических последствий ЧС отличается все более выраженным многообразием клинических форм психических и психосоматических расстройств, наложением эпифеноменов десоциализации, госпитализма, хронической интоксикации (в том числе в результате терапевтических усилий).

Можно считать установленными следующие два факта:

- статистические данные свидетельствуют о неуклонном процессе психосоматической инвалидизации, прогресси-

рующей утраты здоровья, сокращении длительности и снижении качества жизни всех участников ЧС;

— данные статистики свидетельствуют также о психиатрической принадлежности основных причин ранней смертности участников ЧС (острая алкогольная интоксикация, цирроз печени, инфаркт миокарда, самоубийства).

В структуре собственно психопатологических отдаленных последствий ЧС существенное место занимают следующие явления и феномены:

— стойкие расстройства аффекта (субдепрессии) с оттенками ангедонии и адинамии, астенической, апатической (позднее — ипохондрической и соматической) масками и чувством внутренней измененности;

— постепенная хронификация психосоматических (соматоформных) расстройств и формирование клиники тяжелых психосоматозов, прежде всего, гипертонической болезни и язвенной болезни желудка;

— неуклонное нарастание социальной дезадаптации и де социализации, явлений обособления и отчуждения, аутизма и редукции энергетического потенциала (РЭП) у участников ЧС;

— нарастание явлений утраты профессиональной и (более широко) интеллектуальной работоспособности участников ЧС в связи с постепенным развитием психоорганических расстройств;

— быстрое развитие клиники злокачественного хронического алкоголизма с явлениями безудержного пьянства, утраты морального чувства и эпилептоидного благодушного псевдослабоумия;

— неуклонное нарастание клиники антисоциальной психопатии (психопатоподобных расстройств) с явлениями возбудимости, аффективной напряженности и криминальной безудержности.

Можно утверждать, что клиническая картина психопатологических последствий трех разных видов ЧС (антропона-

турогенных, антропотехногенных и антропосоциогенных катастроф) у двух различных контингентов участников ЧС (пострадавших и иных) с течением времени становится сходной (конвергирует), что позволяет ставить вопрос о типологизации отдаленных последствий ЧС.

Представляется возможным проследить один из вариантов типологизированной динамики на примере военнослужащих срочной службы: следует при этом подчеркнуть умозрительный характер последующих суждений, основанных на экстраполяции.

Само содержание непрофессиональной воинской службы полагает исполнение почетного долга гражданина (миссии) в качестве участника ЧС любого вида. Пребывание в рядах вооруженных сил в этих условиях предусматривает тренировку на устранение личностного фактора (обезличивание) угрозы, поэтому, теоретически говоря, для военнослужащего не должно быть существенным происхождение угрозы его жизни и здоровью, зато очень важна степень реальности подобной угрозы. В связи с этим можно считать, что травматический психический стресс (реальная угроза жизни и здоровью) здесь выступает в наиболее чистом виде (следует все же отметить, что фрустрация потребностей самосохранения остается).

Несмотря на полиморфизм наблюдаемой собственно психопатологической симптоматики, можно отметить поэтапное утяжеление регистров продуктивных и негативных психических расстройств, развитие явлений личностной деформации по аутистическому (шизоидному) типу. Преобладание тяжести психосоматических расстройств представляется характерным для рассматриваемого контингента (известно, в частности, что набор в ряды ВС должен осуществляться с максимально жесткими ограничениями по состоянию психического здоровья).

На примере контингентов военнослужащих определенно наблюдается параллелизм между пережитым ими «чистым» ТПС и последующей преимущественно психосоматической

эволюцией личности представителей данного контингента участников ЧС.

Клиническая картина ближайших и отдаленных психопатологических последствий ЧС дает основания отметить полиморфизм обнаруживаемых психических и психосоматических расстройств и несомненные признаки их текущей изменчивости — постепенное усложнение симптоматики, формирование очерченных психопатологических (невротических и неврозоподобных) синдромов, постепенное утяжеление регистров позитивных и негативных расстройств, неуклонное нарастание социальной дезадаптации, психопатических и психопатоподобных расстройств личностной организации и утраты телесного здоровья вплоть до инвалидизации и преждевременной смерти (в том числе самоубийств). Это дает основания говорить о патологической (невротической) эволюции личности участников ЧС как ядре процессуальной динамики психопатологических последствий ЧС.

В качестве самостоятельных типов течения посттравматического процесса выступают:

- аутистическая трансформация личности, постепенное развитие явлений аутизма (шизоидности) у участников ЧС;
- психосоматическая эволюция, развитие органического невроза и психосоматозов, нетипичных для возраста участников ЧС;
- токсикоманическая эволюция, постепенное развитие явлений хронического алкоголизма (и неалкогольных токсикоманий) у участников ЧС;
- индивидуальное психическое вырождение, постепенное развитие эпилептоидной деформации личности у участников ЧС.

Разумеется, речь идет об общих тенденциях патологической эволюции личности тех, кто волею судеб были

вовлечены в ЧС, а не о статистических данных о распространенности тех или иных расстройств в различных контингентах этой популяции.

Деструктивность процесса посттравматической эволюции личности участников ЧС находит свое выражение в названных вариантах клинической динамики психопатологических последствий ЧС, объединяемых глубинными стигмами перманентного Эго-стресса (identity crisis).

Первые два варианта могут рассматриваться как социально приемлемые (хотя при этом и возникает вопрос о целях государства, которое приемлет низкое качество жизни своих граждан).

1.2.1. Аутистическая трансформация личности

То есть отчуждение, разрыв связей с общечеловеческой реальностью, шизоидная деформация личности. Этот вялотекущий (хотя при некоторых видах ЧС может иметь место весьма высокий темп течения) процессуальный феномен рассматривается здесь как собственно психопатологическая эволюция личности участников ЧС. Понимание феномена аутистической трансформации близко к концепциям «интрапсихической атаксии» Е. Штранского, «дискордантности» П. Шаслена (или более привычного для отечественной клинической школы «аутизма» Э. Блейлера). А. Эй полагает, что такая деформация личности, наряду с прогрессивной регрессией на уровни до формирования Эго-чувства, характеризуют патологическую эволюцию личности при шизофрении, которая (шизофрения) сама, таким образом, предстает не как болезнь, а как результат процессуально-невротической эволюции.

Представляется, однако, что патологическая процессуальная аутистическая трансформация личности существует именно как невроз («защитная конструкция», отражающая динамику интрапсихического конфликта). Напротив, закономерности шизофренического процесса не охватываются невротическим конфликтом, шизофрения (по крайней мере, «ядерная») — это метаневроз, течение которого отражает наличие психобиологического (аутоиммунного) конфликта.

В этом смысле патогномичным признаком «ядерной» шизофрении служит не процесс аутистической трансформации личности, а клиническая картина психического автоматизма, отражающего в символической форме феномен утраты самоуправления, вынесения управления из внутреннего мира личности вовне, за пределы границ Эго, т. е. нарушения функций границ личности и распада структурной организации Эго.

Интересно отметить пример привычного, но, тем не менее, ошибочного перевода. Г. де Клерамбо описывал синдром ментального, а не психического автоматизма (название подчеркивает переживание утраты личностной принадлежности вторичных психических процессов самосознания и самоуправления, мышления и речи, т. е. расстройство Эго-чувства).

В современной литературе приводятся результаты глубинно-психологического анализа механизмов патологической, обусловленной слабостью Я, защиты — Я-анахореза и Я-мифизирования, действие которых в нормальных условиях направлено на изоляцию комплекса (аффект-идеи) вины (одной из архаических форм психалгии, душевной боли). Помимо всего прочего подобная изоляция должна быть связана с аутоиммунными процессами (функционированием *cordon sanitaire* в структурах головного мозга, носителях вторичных процессов).

Скорее всего, именно аутоиммунный процесс текущего растворения границ структурной организации Эго, а не их невротическая деформация, характеризуют процесс «ядерной» шизофрении как метаневроз, который, собственно, и воспринимается наблюдателем лишь интуитивно, поскольку логика его не рациональная (формально-психологическая) и не иррациональная (глубинно-психологическая), а биологическая (иммунопатологическая).

При этом обязательно имеет место не только и не столько неспецифическая картина защитной аутистической трансформации Эго, сколько клиника распада вторичных процессов в условиях ментального автоматизма. В этом смысле

деперсонализация при «ядерной» шизофрении представляется наблюдателю в виде дефекта управляющей функции мышления. Включение же самых различных механизмов патогенных и патологических Эго-защит может при этом носить компенсаторный характер.

Более того, текущая аутистическая трансформация личности (подобно изменению границ государства) предстает как глобальная адаптационно-динамическая (патопластическая) защита от аутоиммунного растворения границ структурной организации Эго. Поэтому в случае с психопатологическими последствиями ЧС практически всегда очевиден невротический (связанный с интрапсихическим конфликтом) характер патологического процесса. По этой же причине в клинической картине собственно психопатологической эволюции личности участников ЧС сменяют друг друга травматический и актуальный неврозы, органический невроз и невротическое патологическое влечение, психоневроз и невроз регрессии. Их закономерная смена и неуклонное утяжеление заставляют обратить внимание на специфику факторов психогении и прежде всего на характер интрапсихического конфликта, определяющего форму течения невроза, лежащего в основе психопатологических последствий ЧС.

Возвращаясь к проблеме аутистической трансформации личности участника ЧС, следует отметить, что в настоящее время МКБ-10 выделяет в качестве самостоятельной единицы психопатологических последствий ЧС, наряду с острыми психотическими (п. F 23.000) и непсихотическими реакциями на стресс (п. F 43.0), также и знаменитый (или пресловутый) PTSD (Posttraumatic Stress Disorders) (п. F43.1). Перевод этой формулы допускает два весьма различных толкования: «расстройства вследствие травматического (психического) стресса» и «стрессовые расстройства после (психической) травмы». Нетрудно заметить, что фактически перевод предопределяет диагностическое суждение: носят ли обнаруживаемые расстройства характер патоло-

гических реакций или речь идет о проявлениях патологического процесса.

Автор является сторонником второго перевода. Явления процессуальной эволюции личности участников ЧС нетрудно обнаружить в клинической картине PTSD — ангедоническая и адинамическая окраска стойкого субдепрессивного аффекта, маскируемого астеническими, апатическими, ипохондрическими и соматоформными расстройствами, неуклонное формирование паранойяльной ипохондрической фиксации с выраженными явлениями дискордантности, прежде всего, амбивалентности (на ее основе возникает характерная для участников ЧС конфликтность, «правдоискательство» и «борьба за справедливость» с элементами кверулянтства, сутяжничества и гетероагрессии), постепенное нарастание чувства внутренней измененности, обособления, отчуждения, аутизма. Переживание беспомощности и тщетности усилий, явления редукции энергетического потенциала (РЭП) также характерны для клинической динамики PTSD и напоминают картину «биогенного психоза», когда аффективные и шизоаффективные, вплоть до аффективно-бредовых, психические расстройства могут возникать под влиянием бытовых, житейских обстоятельств. Эти явления резко повышают вероятность суицидальных действий (как уже упоминалось, одной из четырех основных причин ранней смертности участников ЧС).

Опыт амбулаторной психотерапевтической работы последних лет позволяет утверждать, что значительно увеличилась частота обращений пациентов с подострыми реактивными аффективно-бредовыми расстройствами (по типу «параноидов внешней обстановки» С. Г. Жислина).

Перечисленные характеристики процессуальности посттравматических стрессовых расстройств в принципе укладываются в концепцию «стойких изменений личности вследствие перенесенной психотравмы» (п. F62.0 МКБ-10). Однако следует подчеркнуть, что речь идет именно об эволюции (структурном преобразовании, трансформации) личности

в результате тяжелого вялотекущего невротического процесса, снижающего качество жизни и ведущего к десоциализации (в том числе инвалидизации — утрате профессиональной работоспособности) даже социально благополучных участников ЧС.

1.2.2. Психосоматическая эволюция

Это процесс преобразования острых психосоматических (соматоформных) реакций через стадию органичного невроза в развернутые психосоматозы (включая, по-видимому, уско-ренное старение) на фоне специфической (прогерической) глубинно-психологической трансформации личности участников ЧС. Среди последствий ЧС этот вариант эволюции является наиболее распространенным, что можно считать реалией отечественной культуры и истории. Наше современное общество санкционирует соматоформное, по своим психодинамическим механизмам преимущественно конверсионное реагирование на стресс.

В настоящее время соматоформные реакции включены в перечень расстройств психической деятельности и поведения МКБ-10 (п. F45).

Предположительно можно говорить о трех основных стадиях самого процесса психосоматизации: соматоформная реакция — органичный невроз — манифестный психосоматоз. Наблюдения в очагах ЧС позволяют более обоснованно судить о начальных этапах этого процесса.

Острые психосоматические реакции могут (на короткое время, в виде приступов) принимать форму практически любой известной болезни. Так, в очаге ЧС неоднократно наблюдались острые расстройства дыхания по типу бронхоспазма психогенной природы, отмечены также острые кожные реакции (по типу нейродермитов, «невроза кожи»). В целом для очагов ЧС характерны пароксизмальные спастические соматоформные реакции, как правило, в виде сердечно-сосудистых кризов. Однако нередко также дискинетические расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, приступы ги-

пертермии, мигреноподобных головных болей, расстройств гинекологических функций.

Повторяясь и хронифицируясь, соматоформные реакции могут переходить в соответствующие им психосоматозы через стадию «органного невроза». Этот процесс усугубляется характерным для психосоматической эволюции присоединением фактора органической дисфункции — даже однократное нарушение физиологии органа (его функции) создает биологические условия для закрепления и повторения патологических реакций, повреждая хрупкие тканевые механизмы за счет отека, воспаления, гипоксии, тем самым создавая патофизиологический и патанатомический базис, предопределяющий направление вероятной психосоматизации (так называемое «слабое звено» психосоматического регулирования). Возможно, наиболее ярко эта печальная закономерность типологична для бронхиальной астмы из-за анатомофизиологических особенностей легочной ткани — отсутствие эвакуаторной функции альвеол создает условия для бурного расцвета патогенной микрофлоры в легких при бронхоспазме и развития obstructивного процесса.

На фоне соматоформных реакций и (позже) органного невроза обнаруживаются (с применением психодиагностических техник) глубинно-психологические (невротические) изменения личности. Так, согласно данным Т. А. Айвазян и др., усредненный личностный профиль 8-цветового варианта теста (8 ЦТЛ) М. Люшера при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) определяется последовательностью цветового выбора «25013647», что в психометрической модификации отражает наличие явлений вегетативной дисфункции, апатических расстройств (как «маски» стойкой невротической субдепрессии — дистимии), блокады гедонистических побуждений и сексуальной агрессивности чувствами болезненного отвращения и стыда. Представляется, что эти изменения свидетельствуют о процессе специфической психосоматической эволюции личности (Эго-трансформации), лежа-

шей в подоплеке формирования и закрепления соматической патологии.

В литературе наиболее последовательно психогенный (психодинамический) механизм проанализирован при развитии неспецифического язвенного энтероколита. Это заболевание обнаружено у людей, потерявших родных и близких, как следствие патологических траурных реакций, одного из вариантов так называемых психореактивных депрессий. Для подобных реакций характерно блокирование нормальной отработки траурных переживаний («освобождения от горя») внешними или внутренними обстоятельствами (например, навязываемыми обществом правилами поведения, самоупреком за действительные или мнимые упущения в уходе за умирающим). Взамен естественных проявлений горя (скорби об утрате) при этом появляются «каменная замкнутость», сквозь которую временами прорываются переживания горечи и озлобленности, вспышки агрессивного поведения по отношению к окружению и, наконец, функциональные вегетативные нарушения с соответствующими ипохондрическими опасениями. В части случаев при этом имеют место очерченные психосоматические расстройства, прежде всего нарушение функций желудочно-кишечного тракта, вплоть до язвенного колита. Существенную роль, наряду с механизмами конверсии, в формировании названного психосоматоза играют тенденции идентификации с болезнью того, кто умер.

В отношении других психосоматозов подобные взаимозависимости лишь предполагаются. Так, можно предположить, что гипертоническая болезнь развивается как «болезнь руководителя» в связи с хроническим жестоким стрессом (ХЖС) ответственности за подчиненных, исполняющих «порученное руководителем дело». Напротив, развитие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки можно связать с реакциями исполнителя «порученного руководителю дела» на ХЖС подчиненности. По аналогии бронхиаль-

ная астма (во всяком случае, исходный бронхоспазм) развивается как психосоматический эквивалент хронической адинамической субдепрессии, символизируя самонаказание за невротический идеализм. Известно, с другой стороны, что кардиологи нередко называют инфаркт миокарда «психосоматическим суицидом», неслучайно инфаркт миокарда является одной из четырех основных причин ранней смертности участников ЧС.

Нетрудно заметить, что во всех перечисленных гипотезах наличествует указание на интрапсихический конфликт и преимущественное функционирование механизмов конверсии.

Наконец, представляется интересным предположительно рассмотреть патологическую эволюцию личности при аутоиммунных кожных расстройствах (прежде всего, группы буллезных дерматозов) как некий эквивалент аутоиммунного метаневроза «ядерной» шизофрении (поскольку при них также имеет место «растворение» граничной функции кожи как органа) в сопоставлении механизмов их патогенеза с изменениями личности при известных кожных психосоматозах (например, нейродермите как «неврозе кожи»).

Само собой разумеется, что для уточнения высказанных предположений необходимы многолетние дальнейшие исследования психофизиологической проблемы.

Изложенные клинические особенности характеризуют психосоматическую эволюцию личности участников ЧС как продукт идео-аффективной блокады агрессивно-гедонистических побуждений Эго-дисторсией, некий невротический (поначалу преимущественно конверсионный) эквивалент собственно психопатологической эволюции личности (аутистической трансформации Эго). Процесс психосоматизации проходит стадии соматоформных реакций и органичного невроза, приводя к развитию манифестного психосоматоза. Течение этого процесса неуклонно снижает качество жизни и ведет участников ЧС к инвалидизации и ранней смертности.

Таким образом, рассмотрение социально приемлемых клинических вариантов патологической эволюции личнос-

ти участников ЧС дает основание говорить о следующих типах: собственно психопатологическая эволюция (невроз регрессии, выражается вялотекущей аутистической трансформацией личности) и психосоматическая эволюция (органный невроз, выражается развитием тяжелых психосоматозов, инвалидизацией, ранней смертью).

Эти два варианта патологической эволюции личности участников ЧС (психические и психосоматические расстройства) предстают взгляду исследователя как социально санкционированные типы патологических реакций и процессов, «законный» предмет усилий и поле деятельности государственного здравоохранения. Однако с оставшимися двумя вариантами патологической эволюции, представленными значительно большим числом участников ЧС, более индивидуально-деструктивными и социально-негативными, дело обстоит, к сожалению, значительно печальнее.

1.3. Социально негативные варианты психопатологической эволюции личности участников ЧС

Но я могу найти то, что смог потерять.
Мне не нужно крыльев, чтобы летать.
Хорошая крыша летает сама
И в самый низ, и в самые верха...
Хали-гали Кришна. Хали-гали Рама.
Трали-вали крыша. Где ты будешь завтра?
Да, где ты будешь завтра? Туга или тама?
Хали-гали Кришна. Хали-гали Рама.

Рок-группа «Агата Кристи»

Под социально негативными вариантами психопатологической эволюции понимаются психические расстройства, при которых человек «страдает сам и заставляет страдать других», или совсем не испытывает чувства болезни и не стремится получить медицинскую помощь, а, напротив, склонен уклоняться от общения с врачами-психиатрами. С другой стороны, эти

расстройства социального поведения, как правило, не служат основанием для применения нормативных актов, регламентирующих стационарирование в связи с общественной опасностью человека с расстройством психической деятельности и поведения. Речь идет об аномалиях взрослой личности и поведения (п. F6 МКБ-10).

1.3.1. Токсикоманическая эволюция

Имеется в виду поэтапное формирование клинической картины хронического алкоголизма и/или неалкогольных токсикоманий, включая так называемые «списочные» наркомании. В этих случаях хронический алкоголизм и/или неалкогольные токсикомании развиваются в результате попыток самоисцеления после жестокой психотравмы, что ни в коей мере не отрицает существования доказанных биохимических механизмов развития хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий.

Для клинической картины хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий в России последних 10 лет характерны два кардинальных факта:

- рост распространенности и утяжеление клиники хронического алкоголизма, раннее развитие клинической картины компульсивного влечения, металкогольных психозов с исходом в слабоумие и смерть;
- растущее распространение неалкогольных токсикоманий среди молодого населения страны, сопровождающееся фактическим включением неалкогольного наркотизма в молодежную субкультуру.

Три феномена последнего факта заслуживают отдельного рассмотрения.

I. Неалкогольный наркотизм как социально негативное явление. Понятие неалкогольного наркотизма включает два взаимосвязанных аспекта: а) наркотизм как идеологическая конструкция, призванная служить целям «вербования» новых приверженцев и б) наркотизм как структура реальной жизнедеятельности людей, злоупотребляющих веществами наркотического действия.

В качестве идеологической конструкции идеализированный и наивный образ наркотизма создается за счет системы фольклора, мифов и эпоса, пропагандирующих допустимость и, более того, желательность включения психопатологических явлений в реальную жизнь. Считается, что в обычных условиях первоначальным мотивом наркотизации выступает стремление испытать эйфорию. Можно отметить, что такое стремление может подразумевать поиск существенно различных оттенков переживаний. Наиболее известные — «кайф», переживание преимущественно чувственного, физиологического наслаждения, «балдеж», переживание эмоционального комфорта в сочетании с некоторым оглушением, «глюки», переживание увлекательного сценopodobного галлюциноза. Встречаются и экзотические оттенки, например, «сладкий ужас умирания», характерный для аутоинтоксикации веществом для наркоза «Каллипсол». Можно полагать, что типологические индивидуально-личностные особенности «неофигов наркотизма» проявляются закономерно при выборе группы, референтной по первоначально искомому оттенку эйфории.

Как структура реальной жизнедеятельности наркотизм резко отличается от идеализированного образа. Согласно этому образу, психические нарушения должны быть кратковременными, обратимыми и положительно окрашенными (а также не только не должны вести к нарушениям социальной адаптации, но и, напротив, призваны снимать невыносимые переживания Эго-стресса). На практике, однако, наркотизирующийся сразу же сталкивается с опасностью интоксикационных и постинтоксикационных расстройств, перспективой ВИЧ-инфекции, инъекционных гепатитов, а также с угрозой социальных санкций. В результате возникает конфликт между идеализированным образом и реальностью наркотизма (собственно социальный конфликт). Процесс объективно закономерного развития этого конфликта может быть условно разделен на этапы:

— этап преднаркотизма. Наблюдаются явления устойчивого интереса к наркотической субкультуре, установление постоянных контактов с наркотизирующимися, появление ценностного отношения к веществам наркотического действия;

— этап бесконфликтного наркотизма. Сюда могут быть включены явления единичных (в том числе единственной) наркотизаций в случайно сложившейся ситуации, а также эпизодическая наркотизация в связи с другими развлечениями;

— этап конфликта между идеализированным образом и реальностью наркотизма. К нему относятся явления спорадической наркотизации с серийным или эпизодическим эксцессивным употреблением наркотиков на фоне сверхценного отношения к их действию.

Развитие конфликта влечет за собой патохарактерологическую динамику с формированием (или заострением) черт эгоцентризма, аффективной ригидности, эмоциональной холодности и парадоксальности. Формируется социальная позиция личности, для которой характерны нарастающая десоциализация, развитие «второй жизни» — профессиональное снижение с утратой интереса к работе по профессии и тенденция к формальному трудоустройству на низкооплачиваемые, неквалифицированные работы и параллельным тайным занятием запрещенными промыслами. Нередко такого рода деятельность переходит в конкретные противоправные деяния.

Все названные особенности наркотизма сказываются на качестве наркотической субкультуры. В целом она носит апологетический характер и построена на «наркоманическом мифе», включающем четыре тезиса.

1. *Распространенность наркотизма в мире становится все большей, есть целые регионы, где наркотизация входит как часть в национальную культуру и не считается вредной и опасной, скоро наркотизм станет повсеместным явлением.*

В этом тезисе реальные факты истории и географии человеческой культуры и развития общества подменяются ти-

пичным для мифотворчества искажением пропорций: информация о позиции международных организаций (прежде всего ВОЗ) отвергается как «тенденциозная».

2. Так как ничто не может сравниться по силе, остроте и тонкости с переживаниями наркотического опьянения. Если в данном конкретном случае эффект не достигнут, значит, что-то было сделано «не так»... Есть те, кто испытал «неземное блаженство».

В поддержку этого тезиса привлекается специфический наркоманический эпос, особый жаргон. Информация о банальной примитивности переживаний опьянения отвергается путем обращения к следующему тезису.

3. Понять переживания человека в наркотическом опьянении и побуждения к наркотизации может тот и только тот, кто сам их испытал. Без наркотизации и опыта этих переживаний посторонний наблюдатель все равно не поймет и не поверит.

Информация о возможности взаимопонимания именно в силу мифологической сущности концепции «неземного блаженства наркотизирующегося», т. е. на почве реальности, отвергается на том основании, что...

4. Каждый человек по-своему приходит к наркотизму, невозможно установить здесь научные закономерности, каждый наркотизирующийся в конечном счете «сам по себе», причем каждый — лучше всех других «адептов новой веры».

Любые объективные сведения отвергаются здесь на том основании, что «на самом деле все не так, поскольку...» (см. третий тезис мифа).

Манипулирование тезисами наркоманического мифа дает возможность формировать непроницаемый извне порочный круг псевдоинтеллектуального обоснования наркотизма как стили жизни.

Примитивный характер наркотической субкультуры сближает ее с субкультурой мест лишения свободы и подчеркивает психопатологическую направленность ее структурных

элементов. Так, назначение музыки — продлевать состояние наркотического опьянения («тащить»), поэзия содержит ин-структивные материалы, тексты песен характеризуются при-митивным символизмом, типично увлечение «воровской лирикой», для изобразительного искусства характерны сим-волизм, сюрреализм, «черный юмор». В области моды отме-чается подчеркнутый авангардизм, тенденция к выраженным изменениям внешнего облика.

Особенно близость наркотической и алкогольно-крими-нальной субкультур заметна при изучении жаргона наркотиз-ма. Общим является, например, использование кличек («кли-кух»). В то же время клички адептов наркотизма свидетель-ствуют, как правило, о более высоком уровне социальных притязаний — Поль, Вантала, Сед, Офелия. Специфически характерным для наркотического жаргона является обилие метафорической речи и неологизмов, вводимых для обозна-чения психопатологических явлений, например:

— «измена катит» — понятие, означающее острое разви-тие бреда интерметаморфоза на этапе ранней абстинен-ции («выгонки» наркотика),

— «шизовые гонки» — симуляция шизофреноподобных расстройств с целью обмана работников ОВД, реже — медицинских работников.

Таким образом, неалкогольный наркотизм отражает на-личие как внутреннего, так и внешнего конфликта, его кли-ника строится из сочетания конфликтных реакций и явлений патологического развития личности.

II. Клиническая динамика токсикоманического про-цесса. Как уже отмечалось, первоначальным мотивом нар-котизации в обычных условиях выступает стремление испы-тать эйфорию.

С течением времени, по мере формирования клинической картины токсикоманической болезни, мотив поиска эйфории закономерно замещается мотивом поиска покоя (седации). Субъективно эта потребность осознается как стремление вос-становить комфортное состояние, снять «невыносимые, му-

чительные переживания». Клинико-динамический анализ показывает, что речь идет о чисто аутистическом способе самокоррекции «маскированной» депрессии с выраженным компонентом витальности в клинической картине.

Наконец, при дальнейшем неблагоприятном течении токсикоманического процесса наблюдается смена мотива поиска покоя мотивом поиска забвения (рауш-наркоза). С точки зрения психопатологии это говорит о процессе деперсонализации. В частности, само злоупотребление приобретает черты автоматизма, ритуальных действий. При этом расстройства аффективной сферы выражаются резкими колебаниями аффекта в диапазоне от адинамической депрессии до гебоидного веселья или же от дисфории до мориоподобного (злобно-веселого) возбуждения.

В рамках психопатологических последствий ЧС мотивации злоупотребления сразу же располагается между поиском покоя и поиском забвения: возможно, с этим связан злокачественный характер хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий у участников ЧС.

Представляется, что именно названная динамика отражает связанный с характером реактивности организма процессуальный путь токсикоманической эволюции личности.

Указанной динамикс мотива наркотизации соответствует последовательность злоупотребления: *эйфоризирующие вещества — седативные средства — нейротропные яды и иные токсические препараты*.

На этапе перехода от поиска наслаждения к поиску покоя у части больных отмечается тенденция к употреблению веществ все более мощного наркотического действия («взвинчивание» эйфоризирующего эффекта), которая тем не менее с течением времени отступает и сменяется поиском покоя. Присоединение же седативных средств и постепенное их преобладание ведет к развитию токсико-органических расстройств, значительно ускоряющих негативную динамику заболевания и скрывающих под «органическим фоном» собственно наркотопатологические изменения личности больного.

III. Психопатологические синдромы в клинике токсикоманического процесса. Изложенные далее сведения были частично представлены в неопубликованной работе, подготовленной совместно с Е. И. Цымбалом, посвященной клинической оценке бредовых расстройств, наблюдаемых по мере течения токсикоманического процесса. Самостоятельную группу составляют кратковременные бредоподобные переживания, возникающие на фоне острого аффекта, соответственно экстаза, экзальтации, блаженства на высоте очередного наркотического опьянения и панического ужаса, острого «животного» страха на выходе из наркотического опьянения, в период ранней абстиненции (так называемый «отход», «выгонка»).

На фоне острого позитивного аффекта обнаруживаются идеи могущества, необычайных способностей, как правило, телепатических, телекинетических, к перевоплощению. Переживания носят чувственный характер, разворачиваются обычно на фоне экстатической заторможенности, отличаются банальностью фабулы и апологетизмом последующей трактовки. На высоте наркотизации нередко встречаются психосенсорные расстройства: например, один из больных «видел, как под тяжестью его взгляда изгибался телефонный шнур, прогибались спинки стульев».

Переживания «животного» страха «охватывают как вспышка, пространство сжимается, деформируется, сдвигается, как стенки шкатулки, сердце замирает». На этом фоне появляются идеи преследования, ущерба, враждебности, смертельной угрозы извне. Переживания носят конкретный, чувственный характер, разворачиваются либо на фоне скованности, обездвиженности, либо сопровождаются активными действиями, например, внезапными пересадками из транспорта в транспорт, «чтобы сбить с толку преследователей». На высоте аффекта отмечается появление идей интерметаморфоза, иногда даже овладения и воздействия (т. е. явления ментального автоматизма).

Бредовые идеи на обоих полюсах характеризуются рядом общих качеств — они несистематизированы, отрывочны, чувственно-конкретны, существуют короткий срок и вплетены в ткань очередной наркотизации: по структуре они близки к синдромам острой парафрении и тревожно-боязливому возбуждению.

Циклическое чередование описанных состояний с неуклонным снижением полноты позитивных и утяжелением негативных аффективно-бредовых переживаний (по типу «циклоидного психоза страха-счастья» К. Леонгарда, описанного в «Клинической психиатрии» под редакцией Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера, 1967) могут приводить больного к стационарированию (нередко при непосредственном участии и по настоянию партнеров по наркотизации, согласно квалификации которых «измена катит»). При этом, по мере литического снижения остроты расстройств, пароксизмальный аффект панического ужаса сменяется устойчивым тревожным фоном. Больные поступают в стационар в состоянии, для которого характерны настороженность, «мимозоподобная» ранимость и замкнутость, остаточные идеи интерметаморфоза, отношения, виновности, преследования.

Заметны поглощенность больного болезненными переживаниями, их подострый, устойчивый образ, отсутствие критики к ним. Эти расстройства на фоне терапии закономерно сменяются симптоматикой астенической депрессии по мере смягчения явлений абстиненции. Представляется возможным оценить данное состояние как близкое к синдрому острой паранойи.

По мере минования абстинентных явлений, выравнивания эмоционального фона у части больных на первый план выступают расстройства личности и поведения, близкие к описанной в литературе паранойяльной установке. В поведении больных превалируют черты либо скрытой враждебности, настороженности, замкнутости, готовности к «немедленному отпору», либо высокомерия, недоверчивого

отчуждения, мимозоподобной ранимости, либо, напротив, сверхценного отношения к лечению, настойчивой требовательности, парадоксальной заботы о здоровье. Данные явления можно оценивать уже как сформированный психопатоподобный синдром с гиперстеничностью, склонностью к параноическим реакциям.

Другим вариантом психопатоподобного синдрома предстает преобладание явлений метафизической интоксикации. В этих случаях наркоманический миф составляет основу системы инакомыслия, отражая патологическую активность механизма рационализации внутренне конфликтного обсессивного влечения к наркотику. Прозелитизм в значении «страстной приверженности» выделяет этих больных среди других: больные — «адепты новой веры», некритически завороженные мифической возможностью «неземного блаженства». Углубление психических расстройств от приверженности наркоманическому мифу к прозелитизму и, далее, к формированию всеобъемлющей системы инакомыслия в рамках наркоманического стиля жизни — таков путь формирования синдрома метафизической интоксикации. Структурной его особенностью у токсикоманов следует считать отсутствие спонтанности в апологии наркотизма: наркоманический миф расцветает в речевой продукции больных в двух случаях — при вербовке колеблющихся и при самозащите в ситуации прямолинейной критики наркоманического стиля жизни.

Наконец, своеобразным антиподом описанному выступает психопатоподобный синдром с преобладанием гебоидности. Среди госпитализируемых больных обнаруживаются не только «прозелиты» — «проповедники» наркотизма, но и безвольные «рабы прихода» — те, чье внутренне неопосредованное, неустойчивое поведение создает немалые организационные проблемы.

Эти больные поражают окружающих крайней антисанитарией, массивностью признаков десоциализации. Важнейшую роль в формировании гебоидного синдрома играет

сочетание аутохтонной лабильности аффекта и симптомов физической зависимости. Тотальная компульсия определяет этап очерченного гебоидного синдрома. На этом этапе расстройства поведения приобретают характерную гротескную заостренность, в силу которой гебоиды в стационаре либо остаются в одиночестве, либо эксплуатируются интеллектуальными лидерами («прозелитами»).

Таким образом, отмечается параллелизм в развитии наркопатологических и психопатологических явлений при токсикоманическом процессе. Так, на этапе наркотизма обнаруживаются явления соматогенно обусловленного патохарактерологического развития (с формированием и заострением черт аффективной ригидности, эмоциональной холодности и парадоксальности).

На этапе злоупотребления могут уже наблюдаться интоксикационные (нормореактивные) психозы, а также постинтоксикационные астено-депрессивные состояния. Напротив, эндоформные продуктивные психопатологические образования (метанаркотические психозы измененной реактивности) обнаруживаются только на фоне развернутой клиники «большого наркоманического синдрома». Психопатоподобные же состояния наблюдаются в более поздние периоды заболевания на фоне выраженных токсико-органических изменений психики.

Названные закономерности начальных этапов клинической динамики процесса токсикоманической эволюции можно рассматривать как своеобразный невроз психохимической самокоррекции, некий эквивалент собственно психопатологической эволюции. Однако последующие этапы токсикоманической эволюции явно тяготеют к психозу, слабоумию и ранней смертности больных, что сближает токсикоманию (и, особенно, хронический алкоголизм) с другим социально негативным вариантом посттравматической эволюции личности участника ЧС — психической дегенерацией.

1.3.2. Индивидуальное психическое вырождение

Этиологическая концепция «*degenerescences psychiques*» — психического (семейного) вырождения была до последнего времени одной из самых запретных тем отечественной психологии и психиатрии. Согласно этой антропологической концепции вырождение охватывает четыре поколения семьи, проявляясь все более тяжело, и ведет к искоренению семьи, поскольку в четвертом поколении рождаются нежизнеспособные дети, страдающие олигофренией (идиотией). Вырождение чаще носит наследственный характер, но может быть также и приобретенным под воздействием различных вредностей (индивидуальное психическое вырождение). Наличие процесса вырождения может быть обнаружено по так называемым стигматам (признакам) в телесной и психической сферах (каковыми служат любые выраженные анатомо-морфологические и функционально-физиологические отклонения). Психические расстройства (при сходной клинической картине) в соответствии с наличием или отсутствием стигматов делятся на психоневрозы (паразитические и случайно приобретенные болезни у индивидуумов, до того времени бывших нормальными и болезнь которых нельзя было предвидеть) и психическую дегенерацию (конституциональные болезни, подготовленные всей конституцией больного, с юных лет проявлявшего неустойчивость равновесия нервной системы, дававшей основания опасаться утраты этого неустойчивого равновесия) (Р. фон Краффт-Эбинг, 1897).

Проявлением текущего вырождения семьи служат преступления, пьянство, проституция, половые извращения и подобные им социально негативные явления. Р. фон Краффт-Эбинг рассматривал явления психической дегенерации как психопатические состояния, в основе которых лежит невропатическая конституция. В свою очередь характеристикой такой конституции служит минимальная сила сопротивляемости ЦНС, которая выражается склонностью

к скорому истощению, а церебральные (включая психические) функции проявляются при этом либо с болезненной интенсивностью, либо несовершенным или извращенным способом.

К тому же кругу было принято относить и «моральное помешательство» по Дж. Причарду (определение подчеркивает «безрассудство» действий, конституциональную неспособность различать добро от зла).

Р. фон Крафт-Эбинг отмечал: *«Признаки морального помешательства таковы.*

1. Родители психически больные, пьяницы, больные эпилепсией.

2. Наличие анатомических и физиологических знаков дегенерации, особенно в проявлениях сексуальной жизни, наиболее важной органической базы развития морального чувства.

3. Симптомы расстройства вазомоторных функций (непереносимость алкоголя и т. д.), волевых (моторных) функций (особенно столь частые в этих случаях эпилептические и эпилептиформные состояния)».

Таким образом, концепция психического (семейного) вырождения объединяла воедино индивидуальные психофизиологические (конституциональные) качества человека и его жизненный путь, наследственность и условия индивидуального развития.

Следует отметить, что концепция семейного вырождения не нашла подтверждения, но не была и опровергнута. Путь, избранный цивилизацией — технический прогресс, демократизация, примат права над произволом, провозглашение свободы и ответственности как высших ценностей бытия человека в мире — показал несостоятельность фатализма. Однако классик исторического материализма Ф. Энгельс допускал возможность семейного вырождения в первобытнообщинных племенах при неблагоприятных обстоятельствах.

Запрет же на тему семейного вырождения в отечественной науке исторически связан с работами школы криминаль-

ной антропологии, имя основателя которой Ч. Ломброзо дало на долгие десятилетия название жупелу репрессивной политики опричного имперского государства в области психологии, психиатрии и уголовного права («ломброзианство»). Инкриминируемые «ломброзианству» заблуждения изначально были в значительной мере плодом недоразумения и низкой культуры профессионального (юридического) перевода. Так, название первой знаменитой работы Ч. Ломброзо «L'uomo delinquente» следовало перевести не «Преступный человек», но «Мужчина, осужденный к лишению свободы» (см. название во французском переводе — «L'homme criminel»), что сразу же показало бы отсутствие предмета для схоластической дискуссии в науке уголовного права.

По существу же система взглядов школы криминальной антропологии опиралась на два допущения:

- возможность группирования (типологизации) уголовно-правовых явлений на основании иных (не только установленных в праве) признаков;
- существование типологической связи между такими признаками деяния и характеристиками психофизиологической конституции деятеля.

Для установления такой связи школа криминальной антропологии постулировала два различных типа преступлений — атавистические (прежде всего, убийство, воровство и изнасилование) и эволюционные. В последней по времени работе «La donna delinquente e prostituta» Ч. Ломброзо пояснял: «Эволюционная форма преступности покоится на деятельности ума так же, как атавистическая на работе мускулов».

Далее Ч. Ломброзо указывал, что именно наличие массивных анатомо-физиологических стигматов семейного вырождения характеризует тип индивидуума, расположенного к совершению атавистических преступлений, поскольку сами они (эти деяния) — свидетельство дегенеративного атавизма.

С другой стороны, в массе случайно совершивших преступления Ч. Ломброзо выделял категорию привычных пре-

ступников, преступных людей («не случай обуславливает преступление привычных преступников, а они сами создают внешние условия, обуславливающие преступления»). Следует отметить, что описание этой категории в работах школы криминальной антропологии совпадает с клинической характеристикой «морального помешательства» в психиатрической литературе того времени.

Наконец, Ч. Ломброзо заключал: «Между антропологией и психологией преступницы существует полная аналогия».

Таким образом, Ч. Ломброзо разграничивал два понятия: а) преступный (дегенеративный, атавистический) антропотип и б) нравственно порочный психотип привычного преступника.

Только совокупность этих антропологических и психологических (пато)логических качеств составляет тип «прирожденного преступника», который (выражаясь современным языком) самореализуется, совершая привычные атавистические преступления. Встречается этот тип редко, поскольку основную массу составляют так называемые криминалоиды — случайные преступники без существенных признаков дегенерации.

Такова, в общих чертах, концепция Ч. Ломброзо и школы криминальной антропологии.

Фактически же Ч. Ломброзо применил метод типологического, а не классификационного (основанного на методах вариационной статистики) анализа наблюдаемых явлений: его «тип природного преступника» представляет собой идеальный образ, типологическую «модель» (подобно, например, современной психиатрической систематике) и реален столь же, сколько реальны «дядя Сэм», «английский джентльмен» или «русский медведь».

При этом Ч. Ломброзо первым, еще до появления в научной психиатрии современной парадигмы расстройств личности и поведения, конституциональной деформации личности с неспособностью различать «добро от зла» в социальном поведении — «психопат страдает сам и заставляет страдать других», дал четкое клиническое описание (разуме-

ется, на уровне представлений своего времени) одной из наиболее ярких форм личностных расстройств — эпилептоидной психопатии (это отмечали сначала его русские последователи В. Ф. Чиж, П. Тарновская, а затем и Е. К. Краснушкин).

Эпилептоидная (антисоциальная, возбудимая) психопатия — сравнительно редкая форма патологии (неуравновешенности) характера, проявления которой действительно несут на себе отпечаток конституциональности более выраженный, чем при других формах. С другой стороны, известно, что эпилептоидизация может иметь реактивный характер, как направление повторных декомпенсаций психопатий, патологического развития личности или формирования хронических психопатических расстройств в ситуациях хронического жестокого стресса (ХЖС) выживания (например, при длительных сроках лишения свободы). Клиническая картина эпилептоидности детально изложена в работах П. Б. Ганнушкина, в том числе в знаменитой статье «Об эпилептоидном типе реакции».

На современном языке наивная и архаичная концепция «прирожденного преступника» может звучать следующим образом: нарастание выраженности стигматов эпилептоидии (возбудимости, безудержности) при неблагоприятных обстоятельствах (прежде всего, в ситуации хронического Эго-стресса выживания) резко увеличивает вероятность систематической самореализации личности способами, представляющими общественную опасность. Если подобную вероятность не учитывать и ей не противодействовать, эти способы самореализации будут принимать форму противоправных деяний, направленных непосредственно против интересов других лиц.

К сожалению, «неблагоприятные обстоятельства» оказались характерными не только для первобытно-общинного племени. Теперь, спустя 120 лет после создания школы криминальной антропологии, мы столкнулись с этими неблагоприятными обстоятельствами в своей стране.

Индивидуальная психическая дегенерация (метаневроз морального помешательства) может выступать как альтернативный вариант психопатологической эволюции личности участников ЧС. Феномены психопатизации по эпилептоидному (возбудимому, антисоциальному) типу могут проявляться и в раннем периоде, в очаге ЧС, и в последующие периоды криминальными действиями, корыстью, жестокостью, немотивированным насилием; к сожалению, примеров тому (в терминологии современной криминальной субкультуры — «отморозки») много. Характерной чертой дегенерации аффективной сферы является возрастание роли психомоторного компонента аффекта, преобладание в клинической картине явлений ригидного злобно-деструктивного возбуждения. Можно утверждать, что примитивизация (в частности, криминализация и интерперсональная деструктивность) поведения в хронически неблагоприятных социальных условиях характерна для обстановки и мотивации «выживания любой ценой».

В чрезвычайной степени процесс психического семейного вырождения ускоряется и обостряется по мере развития хронического алкоголизма (если неалкогольные токсикомании характерны в нашей стране для новых поколений, то среднее и старшее поколения практически поражено хроническим алкоголизмом). Немалую роль в развитии стигматов индивидуального психического вырождения могут играть низкое качество алкогольной продукции и характерная для отечественной алкогольной традиции тенденция к потреблению сверхвысоких доз спиртного. В ряде случаев наблюдается типологическая картина национального эпилептоидного (дегенеративного) алкоголизма, включающая, в частности, феномены утраты морального чувства («оскотинивание» — по В. Далю), психотического по интенсивности компульсивного патологического влечения к алкоголю, тенденции к игнорированию реальности и своеобразного (эпилептоидного) благодушного псевдослабоумия.

П. Тарновская писала, что для обнаружения «преступной склонности» гораздо показательнее наличие частых систематических мелких нарушений закона, нежели резких и грубых. Как пример такого рода нарушений может рассматриваться уклонение от лечения венерических заболеваний (в то время ст. 121 УК РСФСР). Идея написания работы возникла у врача-дерматовенеролога А. М. Тетерева в связи с появлением метода ОПСАТ (однократной пенициллиновой стационарно-амбулаторной терапии) венерического заболевания Lues'a; исследование выполнено совместно. С появлением метода ОПСАТ возникла возможность увеличить степень свободы больных, страдающих Lues'ом, но только при условии повышения их добровольной ответственности. Они должны были в амбулаторных условиях, в период лечения добросовестно нести тяготы и ограничения, налагаемые обществом и законом на людей, страдающих венерическими болезнями. Следует сразу же отметить, что в те годы методика ОПСАТ так и не нашла применения, а совместно подготовленная публикация не была принята в печать (впрочем, следует признать, что применение метода ОПСАТ в современных условиях может иметь еще более разрушительные последствия).

Было проведено клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование трех групп больных Lues'ом:

- аккуратно лечившихся и соблюдавших врачебные рекомендации;
- лиц, проходивших лечение в условиях закрытого стационара;
- злостно уклонявшихся от лечения.

Гипотезой исследования являлось предположение, что данные обследования обнаружат закономерную связь с фактом принадлежности больных к различным в медико-правовом отношении контингентам и, следовательно, с установленным законом отношением больных сифилисом к условиям и правилам лечения.

Типологической характеристикой индивидуального стиля эмоционально-потребностной и познавательной деятель-

ности, в рамках которого разумно объясняется сам факт заражения Lues'ом, служит сочетание аффективной неустойчивости (с преобладанием повышенной активности), возбудимости, импульсивности и агрессивности. Отмечается также значительно сниженный уровень интеллектуальной работоспособности. Это совпадает с принятой точкой зрения на венерические заболевания как «болезни поведения» (в рамках концепции адаптационной психодинамики, приведенные характеристики свидетельствуют о функционировании патогенной Эго-защиты игнорированием (непризнанием, дезавуированием, отрицанием) реальности — неэффективного механизма, свидетельствующего о слабости интегративной функции Эго. С другой стороны, перечисленные характеристики аффективной сферы рассматривались старыми авторами как стигматы индивидуального вырождения.

Другой типологической характеристикой индивидуального стиля можно считать характерологическую реакцию больных второй и третьей групп на применение к ним мер принуждения — реакция включала явления враждебного недоверия, причем выраженность реакции была выше в третьей группе.

Для больных первой группы были характерны умеренная выраженность возбудимости, импульсивности, агрессивности, заметная тенденция к невротическим формам реагирования (прежде всего — тревожному опасению за состояние здоровья), удовлетворительный уровень восприятия конвенциональных норм и, как итог, достаточный уровень социальной адаптации, что и выразалось в выполнении социальных требований, обусловленных наличием венерической болезни.

Вторая группа больных (больные закрытого венерологического стационара) существенно отличались от первой. Известно, что среди пациентов закрытых стационаров преобладают лица с запущенной формой Lues'a. Эти больные преимущественно не обращаются за медицинской помощью, а чаще всего выявляются активно. Они не сообщают достоверных сведений о времени и источнике заражения, в чем проявляется их отношение не только к своему здоровью, но

и к социальным нормативам (асоциальность). Отличие их от первой группы выразалось склонностью к аффективным, а не невротическим реакциям, значительно более высоким уровнем социальной дезадаптации и сниженной интеллектуальной работоспособностью.

Наконец, в третьей группе больных, осужденных к лишению свободы за злостное уклонение от лечения, постановку партнеров в опасность заражения венерической болезнью, обнаруживается максимальная выраженность импульсивности, агрессивности, протеста против конвенциональных норм — качеств, затрудняющих социальную адаптацию в степени, позволяющей говорить об их психопатической выраженности. У больных этой группы обнаруживается также и самый низкий уровень интеллектуальной работоспособности (на нижней границе популяционной нормы).

Клинико-психопатологическое исследование больных третьей группы показало, что 60% из них страдают хроническим алкоголизмом с развернутой клинической картиной второй стадии, стигматами психопатизации, а в ряде случаев — личностной деградации (алкогольного слабоумия). 20% обследованных больных были расценены как страдающие психопатией (круга возбудимых) с выраженной алкоголизацией. Лишь пятая часть больных третьей группы обнаруживала «только» приверженность к алкогольному стилю жизни на фоне акцентуации черт безудержности, возбудимости. Приведенные данные совпадают с точкой зрения о большей, чем среди населения, распространенности психических расстройств среди больных Lues'ом, прежде всего, среди уклоняющихся от выполнения социальных обязательств, вызванных наличием у них венерического заболевания.

Следует отметить, что «моральное помешательство» (психопатизация по эпилептоидному типу) в ситуациях хронического жестокого стресса выживания порождает иллюзию своей эффективности, однако из поколения в поколение накапливающийся деструктивный эффект угрожает социальному прогрессу в целом.

Таким образом, рассмотрение социально негативных клинических вариантов патологической эволюции личности участников ЧС дает основания говорить о следующих типах:

- токсикоманическая эволюция (начинается как невроз самоцелительства) ведет к токсико-органической деперсонализации, психозам, слабоумию, ранней смерти;
- индивидуальное психическое вырождение (начинается как «экстернализация невротического цинизма» — по К. Хорни) ведет к психопатической криминальности, социальной деградации.

Очевидное присоединение деструктивно-биологических факторов к собственно невротическим закономерностям клинической динамики позволяет говорить о постепенном изменении характера процессуальности психопатологических последствий ЧС (переходе невротического процесса в метаневротический).

Заключение по первой главе

Рассмотрены общие закономерности клинической динамики психопатологических последствий ЧС — клиническая картина синдрома первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания новой психотравмирующей реальности), клиника ближайших и отдаленных патологических последствий ЧС, варианты патологической эволюции личности участников ЧС на этапе отдаленных последствий.

Можно заключить, что характеристиками психопатологических последствий ЧС являются процессуальность и невротизм (по крайней мере, исходный) развивающихся расстройств (т. е. наличие интрапсихического конфликта в их основе). Другим качеством является альтернативность формирующихся индивидуально-деструктивных последствий ЧС; клиническая картина как бы отражает избранный путь «по слабому звену» — невротическое бегство (и отказ) от мира, психосоматическое самопожертвование, токсикоман-

ническое самоуничтожение, психопатическая месть миру. Однако все эти пути — патологические. ЧС ставит человека в ситуацию выживания, и, судя по всему, в этой ситуации ХЖС выживания человек остается на долгие годы в окружении психотравмирующей реальности. Патологический процесс приобретает черты метаневроза, варианты которого — психосоматические заболевания, хронический алкоголизм и неалкогольные токсикомании, индивидуальное психическое вырождение — уже не связаны с первичным интрапсихическим конфликтом, а имеют свои, психобиологические, закономерности.

ГЛАВА 2 НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ

Рассеянные огненные зерна
Произрастают в мире без конца.
При виде звезд душа на миг покорна:
Непостижим и вечен труд творца.
Но к полночи восходит на востоке
Мертвец Сатурн — и блещет, как свинец...
Воистину зловещи и жестоки
Твои дела, Творец!

Иван Бунин «Сатурн»

Рассмотренные в предыдущей главе закономерности клинической динамики психопатологических последствий ЧС находят свое конкретное выражение в частных клинических картинах психических и психосоматических расстройств у различных контингентов участников ЧС. В соответствии с ранее названными уровнями анализа (феноменологическим, синдромальным, клинико-динамическим) ниже излагаются материалы только собственных наблюдений в очагах ЧС. По мнению автора, эти наблюдения показывают, как описанные в первой главе общие закономерности клинической динамики проявляются в условиях различных ЧС. С другой

стороны, эти наблюдения позволяют легче представить себе механизмы первичного психогенеза психопатологических последствий ЧС.

2.1. Феноменологический анализ психопатологических последствий ЧС

2.1.1. Феномен настороженности у военнослужащих в условиях постоянно повышенной боеготовности

По камням струится Терек,
Плещет мутный вал;
Злой чечен ползет на берег,
Точит свой кинжал...

М. Ю. Лермонтов
«Казачья колыбельная песня»

Феномен настороженности характеризует состояние военнослужащих, которые несут срочную службу (боевое дежурство во враждебной обстановке в мирное время) в условиях полной боевой готовности с участием (при необходимости) в боевых операциях имеет место ХЖС выживания.

Феномен настороженности проявлялся постоянной готовностью к отражению угрозы нападения, повышенным уровнем бодрствования и концентрацией внимания на малейших градиентах физических параметров окружающей среды (явления сверх-arousal), выраженной гиперестезией. Заметная подозрительность выражалась навыком активного деления всех окружающих по принципу «свой — чужой», причем «чужой» априорно идентифицировался с отвратительным и чуждым образом врага (реакция враждебного недоверия).

Впрочем, при документальном подтверждении факта, что «чужой» — на самом деле «свой», характер отношений резко менялся на проявления доверия и открытости (иногда чрезмерных).

Феномен носит ярко выраженный психофизиологический характер. Характерное для ситуации «психологическое рас-

качивание» определяет также быстрое развитие аффективной ригидности, которая и ложится в основу реакций враждебного недоверия. Все военнослужащие отмечали крайнюю утомительность, состояние постоянной настороженности и констатировали (не в порядке жалоб, а как неизбежную данность) наличие тех или иных признаков переутомления, которые можно было рассматривать как адинамическую субдепрессию с «астенической маской».

При очерченном синдроме (комплексе «аффект-идея») феномен настороженности можно было оценить как ситуационно-обусловленные реакции враждебного недоверия в структуре хронического жестокого Эго-стресса, с тенденцией к стабилизации симптомокомплекса, расширению круга провоцирующих стимулов и нарастающему вовлечению соматической сферы.

С разрешения командира части было проведено экспресс-психофизиологическое обследование группы рядовых (с их согласия), отдохавших после боевого наряда. Для исследования применялась психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Люшера. Предъявление теста (в рамках техники М. Люшера) рассматривалось как стандартная интеллектуальная нагрузка, в процессе выполнения теста контролировалась динамика АД и Р. Усредненный профиль теста у обследованных значительно превышал популяционный стандарт по второй и третьей шкалам методики, что свидетельствует о выраженной регрессии тревоги на уровень аффектов метафорического недоумения и алекситимической психалгии, отражающей «несрабатывание» патогенной Эго-защиты путем персонифицированной проекции чувства угрозы. В то же время обнаружено достоверное (по Стьюденту) повышение диастолического АД при выполнении тестового задания, что отражает парадоксальную (для работы с тестом М. Люшера) тенденцию к артериальному гипертенузу.

Представляется возможным рассматривать указанную динамику как экспериментальный прообраз острой сомато-

формной спастической сосудистой реакции, индикатор перспективы психосоматической эволюции — утраты физического здоровья, снижения качества жизни и инвалидизации в связи со сверххранним развитием гипертонической болезни, что и отмечено, в частности, у воинов-ветеранов войны в Афганистане.

2.1.2. Феномен корпоративной вины у персонала потенциально опасных производств при технологических авариях

Не надейся перехитрить искаженный мир.
Он больше, меньше, длиннее и короче, чем ты.
Он недоказуем. Он просто есть.

Роберт Шекли «Обмен разумов»

Этот феномен входит в структуру синдрома Эго-стресса и проявляется реакциями Эго-защиты (в рамках теории фрустрации Розенцвейга при упоминании темы катастрофических последствий технологической аварии. Эти реакции могут быть разнонаправленными (экстра-, интра- или импунитивными), однако по мере углубления в тему (что характерно лишь для технических специалистов профиля аварии) и выяснения глубинных причин катастрофы, реакции самоупрека начинают преобладать и, в определенной степени, формируется клиническая картина, напоминающая известный феномен «вины выжившего».

Клиническое выражение — сверхценность звучания значимых тем (механизма аварии, тяжести ее последствий, ошибок и упущений при ликвидации последствий, страдания и гибели людей, особенно родных и близких) на фоне выраженного аффекта метафорического недоумения, мучительных попыток осмысления катастрофы, породившей «искаженный мир». Прикосновение в беседе к значимым переживаниям сопровождается выраженными аффективными (вплоть до ангедонической депрессии с идеями «косвенной вины» в происшедшем), поведенческими (в диапазоне от актов вынужденного героизма до алкогольных эксцессов),

конституциональными (чаще дисфорическими) или соматоформными (как правило, спастическими) реакциями.

В литературе феномены корпоративной вины описаны операторами Чернобыльской АЭС, членами экипажа АПЛ «Комсомолец». В развитии этих переживаний у операторов значительную роль играет абсурдная ситуация «наказания невиновных, награждения непричастных», отечественная реалья, так или иначе следующая (до последнего времени) за любой достаточно крупной технологической аварией. Представляется, что возникновение чувства корпоративной вины обусловлено, с одной стороны, конституциональными факторами, прежде всего — степенью идентификации оператора с профессиональным корпоративным статусом (профессиональным романтизмом) и толерантностью к фрустрации, которую технологическая авария несет этой идентификации, а с другой стороны, профессиональным (объективным) знанием ситуации, блокирующим гетероагрессивность и экстрапунитивность («Многая знания, многая горести»). Поэтому чувство корпоративной вины характерно только для специалистов профиля аварии, это своего рода обратная сторона невротического идеализма — представления (аффект-идеи, Эго-дисторсии) о «славной когорте принадлежащих к благородной профессиональной корпорации». Во всяком случае, все участники ЧС другого профиля профессиональной деятельности склонны подчеркивать, иногда даже спонтанно, свою непричастность к корпорации профиля технологической аварии.

Учитывая, что патогенная Эго-защита реактивными формированиями (болезненные переживания стыда, отвращения и вины) считается архаической и отражает регрессию психики в условиях ЧС на уровень пубертатного криза, феномен корпоративной вины можно рассматривать как стигматизации Эго-стресса, выражение начинающейся аутистической трансформации личности. При формировании комплекса «аффект-идея» (например, оператор, по случайным причинам отсутствовавший на работе в ночь аварии на

ЧАЭС, полагает себя косвенно виновным в случившемся), можно говорить о реактивной Эго-дисторсии, элементарной единице аутизма.

Таким образом, феноменологический анализ частных клинических картин дает возможность наблюдать истоки последующей собственно психопатологической и психосоматической эволюции личности участников ЧС на самом раннем этапе — в очаге ЧС.

2.2. Синдромальный анализ психопатологических последствий ЧС

2.2.1. Синдром Зомби у профессиональных военнослужащих в условиях боевых действий

Зомби — страшные существа...
Он (Зомби) внушает смертельный ужас. Его невозможно убить.
Он и так уже мертв...
Умом я знаю, что могла бы его убить, но сердцем... Я понимаю, что — нет.

Ян Флеминг «Живи и дай умереть»

Синдром Зомби у военнослужащих можно рассматривать как предельное выражение долговременного патологического развития личности в условиях хронического жестокого Эго-стресса (чередования ситуаций повышенной боеготовности и боевых действий). Выраженные явления можно расценивать как разновидность психопатоподобного синдрома с мономаниакальной параноидностью. В некотором смысле формирование синдрома Зомби выступает как психопатологическая альтернатива описанному на примере феномена настороженности процессу психосоматической эволюции.

Синдром Зомби (название закрепилось за определенной категорией военнослужащих в ходе Афганской и Чеченской войн и в армейской среде носит неодобрительный характер) проявляется в постоянной, выглядящей как естественное свойство сверхбоеготовности (сверхготовность к отражению

нападения), разлитой враждебности с тотальным образом врага, паранойяльной устремленности к сложноорганизованным боевым действиям.

Эти люди живут на войне (их еще называют «псы войны»); даже когда нет боевых действий, они избегают обстановку мира и покоя, ищут и охотно создают обстановку боевого конфликта. Оружие — их любимая игрушка, и они блестяще им владеют. Они легко формируют образ врага и в его преследовании неутомимы, беспощадны и холодно-жестоки. В боевой ситуации они чувствуют себя неуязвимыми: боевых потерь среди них практически нет (редкие потери связаны либо с воздействием форс-мажорных обстоятельств, либо с грубым нарушением их собственных правил постоянной сверхбоеготовности). Великолепная физическая и боевая подготовка, достижению и поддержанию которой подчинена вся их жизнь, позволяет им практически неограниченно переносить тяготы военного дискомфорта и сочетается с парадоксальной беспомощностью в простых житейских ситуациях, особенно в общении с противоположным полом, где внезапно может развиваться регрессия на уровне 10—12 лет. Однако растерянность вкупе с явлениями сверхдоверчивости и сверхоткрытости может столь же внезапно смениться внешне немотивированной и непредсказуемой агрессивной враждебностью по отношению к «своим», что, собственно, и заставляет окружающих ощущать устрашающую ауру их деструктивной «запрограммированности». Непредсказуемость их разрушительного поведения резко возрастает при алкогольном опьянении.

Для них характерны диспластическая и/или астеническая конституции, но многолетний опыт спортивной подготовки делает их гиперкомпенсированными атлетами. Нередко отмечается парамимия. Специфическая звериная пластика может внезапно (особенно в общении с противоположным полом) сменяться моторной неловкостью «закрытого диагоналя» (по классификации Л. С. Выготского). В условиях боевого конфликта их поведение харак-

теризуется асексуальностью, в мирных условиях они испытывают выраженные трудности в поиске сексуальных партнеров, возможно, в связи с ранимостью и сензитивностью. В общении их характеризует узкий круг эмоционально насыщенных привязанностей.

Пример именно этой категории стремящихся к профессиональному статусу военнослужащих дает основания полагать, что безусловно психопатологические «симптомы первого ранга» — идеи преследования, феномены ментального автоматизма и императивного галлюциноза — могут выступать (в форме кратковременных эпизодов: вспышек, зарниц, инсайта) как естественная реакция психики на ЧС боевого столкновения. Они позволяют эффективно участвовать в сложно-организованных боевых действиях, реализуясь в беспрекословном и бесконтрольном подчинении, мгновенном, внутренне неопосредованном выполнении приказов командира, опережающих развитие ситуации (по типу инсайта) действиях в боевой обстановке.

Таким образом, агрессивная враждебность — самое разрушительное качество личности в мирных условиях, может играть роль фактора адаптации на войне. Именно поэтому Зомби могут выступать в роли «идеальных солдат»: они всегда на войне, обстановка боевого столкновения — их естественная среда. Необходимо подчеркнуть, что боевое поведение Зомби характеризуется своеобразным, но развитым профессиональным кодексом чести.

По опыту работы с пациентами, принимавшими участие в ряде региональных вооруженных конфликтов в качестве наемников, можно отметить выраженность элементов синдрома Зомби в их поведении в мирное время, где на первый план выходят явления эмоциональной дисгармонии. В ее структуре парадоксальность, холодность, сензитивность, бругальность и символический неологизм, характерные для шизотима, сочетаются с взрывчатостью, вязкостью, замедленностью (брадипсихией) и метафорической олигофазией, характерными для эпилептоидного типа, т. е. формируется двойственная, шизоэпилептоидная конститу-

ция. Эта дисгармония может находить (и нередко находит) выход в противоправных действиях.

Все это ставит вопрос о социально-психологической реабилитации этой категории военнослужащих по окончании боевых действий.

2.2.2. Синдром «Рэмбо» у добровольных участников ликвидации последствий ЧС

... На его лице больше не было
скупающего выражения.
Он тоже принадлежал к славной
когорте тех, с кем что-то происходит...

Агата Кристи «История клерка»

Синдром Рэмбо у добровольных участников ликвидации последствий ЧС можно рассматривать как предельное выражение долговременного формирования устойчивой невротической структуры, раздираемой непреодолимым интрапсихическим конфликтом между стремлением к острым ощущениям (участию в ЧС) и переживаниями тревоги, вины, стыда и отвращения за свое участие в них.

Ключевой характеристикой этой структуры служит либо сознание «миссии», добровольно возложенных на себя тяжелых, но благородных альтруистических обязанностей, позволяющих реализовать агрессивные побуждения без самоупрека во враждебности, либо сознание принадлежности к «корпорации», профессиональных обязанностей, позволяющих рисковать жизнью и здоровьем без самоупрека в аутоагрессивности. В отличие от Зомби, формируемого хроническим жестоким стрессом войны (смертельной угрозы), Рэмбо стремится к участию в ЧС, чтобы преодолеть активный или (чаще) пассивный внутренний стресс. Из определения следует, что характерная для невротических структур (характеров) интрапсихическая блокада агрессивно гедонистических побуждений с перманентным переживанием чувств вины, стыда, отвращения за неминуемую деструктивность реализации этих побуждений пре-

одолевается Рэмбо за счет фантазируемых Эго-дисторсий, каковыми служат аффект-идеи «благородной миссии» или «профессиональной романтики».

Рэмбо испытывают трудности адаптации в условиях рутинной деятельности, переживают чувство скуки и несостоятельности в обыденной жизни.

Они стремятся оказаться в экстремальной обстановке очага ЧС, важнейшими характеристиками которой для них является «близкое по духу окружение» и наличие правил игры, прежде всего — «отвечать добром на зло», «не отступать ни перед какой угрозой при выполнении благородной миссии». Поэтому Рэмбо — всегда добровольцы. Они склонны к самоограничению, безотказны и болезненно совестливы, альтруистичны и временами даже навязчивы с предложениями помощи окружающим, впечатлительны и ранимы.

Объективный ход событий в очагах ЧС подвергает сильнейшей перегрузке интегративную Эго-функцию, сталкивая фантазируемую Эго-дисторсию с суровой реальностью, поэтому нередки алкогольные эксцессы и многообразные соматоформные реакции.

Своеобразие синдрому Рэмбо придает также выраженное стремление к сексуальной самореализации в экстремальных условиях — сверхрискованные эскапады и сексуальные «подвиги» характерны для их поведения в очагах ЧС.

Описанный синдром Рэмбо (и его элементы в поведении добровольных участников ликвидации последствий ЧС) ставит вопрос о социально-психологической реабилитации весьма ценной группы работников, а также о принципах привлечения специалистов к работе в очагах ЧС. Практика показывает, что для данной категории лиц характерен высокий риск психосоматической и токсикоманической эволюций — утраты здоровья, снижения качества жизни и инвалидизации.

Таким образом, синдромальный анализ двух частных клинических картин дает основания для суждения об отдаленных этапах психопатологической эволюции личности участников ЧС.

2.3. Клиническая динамика психопатологических последствий ЧС

2.3.1. Ранняя динамика психопатологических последствий ЧС у операторов ЧАЭС

Но много нас еще живых, и нам
Причины нет печалиться...

А. С. Пушкин «Пир во время чумы»

Клинико-эпидемиологическое обследование операторов ЧАЭС проводилось с июля по октябрь 1986 г. Обследование проводилось путем включенного наблюдения в условиях профессиональной деятельности и быта операторов. Первичный материал получен совместно с авторским коллективом под руководством В. К. Маргенса. Одновременно собирался материал наблюдений за поведением и состоянием населения региона, а также за поведением и состоянием различных групп ликвидаторов последствий аварии.

Ситуация на Чернобыльской АЭС после радиационной аварии может быть разделена на четыре этапа (существенно, что субъективный аспект этапности ситуации прямо связан с объективно-физическим характером чрезвычайной угрозы): шоковый, этап «гнетущей неопределенности», этап «разрешения» чрезвычайной ситуации и этап «адаптации» к экстремальным нагрузкам.

Шоковый этап. 26.04.—10.05.1986. Авария на четвертом блоке «обрушилась как гром среди ясного неба» и первоначально не воспринималась в ее истинном значении. Так, инженер-оператор управления, находившийся в ночь аварии на берегу теплообменника со своим малолетним сыном на рыбалке, посадив сына на плечи, с интересом рассматривал на другом берегу «оранжевое сияние». Спустя три месяца в беседе с психиатром он с заметным аффектом недоумения отмечал, что как специалист-ядерщик обязан был понимать опасность своих действий для себя и для сына, но «... в голове не укладывалось». В течение первых суток среди всех,

знавших о событии, царила атмосфера растерянности и неспособности осмыслить происходящее. Дежурный персонал совершал инспекционные действия без соблюдения правил радиационной безопасности или с прямым их нарушением. Как средство поддержания работоспособности использовался алкоголь в «ударных» дозировках.

В последующие дни этапа, по мере распространения информации среди населения, отмечались панические реакции в семьях операторов-жителей г. Припяти, а среди молодежи — острые поведенческие расстройства по типу «пира во время чумы» (алкогольно-сексуальные эксцессы). Наиболее болезненно реагировали на неоповещение жители г. Припять в первые сутки после аварии, из-за чего многие члены семей операторов подверглись переоблучению.

Характеризуя особенности психотравмы на этом этапе, важно отметить ее двойственный, внутренне противоречивый характер — сознание апокалиптического компонента, породившего переживание смертельно грозной опасности, вступало в конфликт с мистически бесплотным характером угрозы, создавая для одних атмосферу «царства невидимой смерти», а для других — атмосферу малопонятной политической игры.

Этап «гнетущей неопределенности». 10.05.—01.08. 1986. Постепенно операторы (и другие специалисты) осознают истинный масштаб технологической и человеческой катастрофы. Справиться с последствиями аварии не удастся, стратегии борьбы пока не существует. Необходимы постоянный дозиметрический контроль, соблюдение строжайших правил индивидуальной защиты в условиях все возрастающего радиоактивного загрязнения. Для работников ЧАЭС все это означает растущее осознание личной и семейной трагедии, они все в большей степени интеллектуально перерабатывают сам механизм аварии.

В связи с эвакуационными мероприятиями происходит расслоение операторского состава — среди операторов формируется группа специалистов, в буквальном смысле слова

жертвующих собой на работах по ликвидации последствий аварии. Другая часть операторов покидает зону поражения. В последующем многие из них вернутся, но взаимоотношения между двумя группами останутся холодными.

У большинства операторов распались семьи, связь с ними после эвакуации утеряна, ясно, что члены семьи получили значительные дозовые нагрузки, но нет возможности установить — какие. Операторы живут и работают в «боевой» обстановке радиационного поражения. Дома оставлены, имущество безвозвратно потеряно, благосостояние разрушено. На этом этапе преобладает переживание трагизма происходящего, проникающего во все сферы душевной жизни.

Характеризуя особенности психического состояния, следует отметить трагический и драматический компоненты чувства утрат и потерь, порождающие преобладание переживаний вины, отвращения и стыда, манифестные тревожно-депрессивные расстройства в связи с самоупреком в действительных или мнимых упущениях (в том числе явления «корпоративной вины»).

Однако, несмотря на весь трагизм ситуации, к августу 1986 г. вырабатываются стратегия и тактика ликвидации последствий аварии.

Этап «разрешения» чрезвычайной ситуации. 01.08.—25.09.1986 г. (до дня завершения сооружения саркофага). За это время в макросоциальном плане разрешилась проблема стратегии и тактики борьбы с последствиями аварии, начались работы по сооружению саркофага, была оценена степень вредности и опасности труда, отработаны методы и способы коллективной и индивидуальной защиты. Для большинства операторов стали близки к разрешению (или разрешились) психотравмирующие обстоятельства семейного, имущественного и профессионального порядка. На первое место среди переживаний постепенно вышли заботы и планы, а не драмы и трагедии, сформировалась психическая адаптация к особо вредным условиям труда, который, несмотря на вредность, посте-

пенно становится рутинным; в то же время явно накапливается утомление.

При оценке психопатологических явлений на этом этапе у операторов были выявлены астенические, депрессивные, дисфорические расстройства, а также расстройства психической деятельности и поведения, связанные со злоупотреблением алкоголем. Очерченные психические расстройства были выявлены у 9% обследованных операторов (следует отметить, что сотрудники АЭС относятся к «профессиональной элите», специально подготовлены к возможным радиационным авариям и проходят неоднократный отбор по состоянию психического здоровья).

Астенические расстройства имели место у 8,9% операторов, имевших очерченные психические расстройства. Они проявлялись падением трудоспособности, нарушениями внимания и памяти в сочетании с эмоциональной лабильностью, расстройствами сна, потерей аппетита и веса, мышечной слабостью и разбитостью, различными неприятными ощущениями в разных частях тела. В структуре состояния был велик удельный вес явлений вегетативно-сосудистой дисфункции, психосоматических жалоб. Эти состояния были явно связаны с чрезвычайно высокой профессиональной нагрузкой, персуютомлением. Упоминание темы аварии на четвертом блоке вызывало аффективно окрашенный отказ «обсуждать эту тему с неспециалистами», подобным же образом реагировали они на попытки обсуждения темы радиационного загрязнения.

Астенические состояния в условиях профессиональной деятельности операторов оценивались как прогностически неблагоприятные. Динамика перехода от явлений утомления к явлениям переутомления, вегетативно-сосудистой дисфункции и соматоформным расстройствам была достаточно последовательной и угрожала профессионально-трудовой адаптации операторов. Следует добавить, что отмечавшиеся астенические расстройства могли быть связаны с действием радиации, что дополнительно усиливало про-

гностическую неблагоприятность астенического симптомокомплекса.

Расстройства настроения выражались в появлении депрессивного симптомокомплекса (10,8% от общего числа операторов, имевших очерченные психические расстройства). Депрессивные расстройства не были обнаружены у операторов, дети которых в силу тех или иных случайных причин не находились в зоне радиационного поражения на период аварии. Депрессивные расстройства имели клиническую картину адинамических депрессий (с астенической, апатической, ипохондрической или соматоформной «масками»). Подавленность маскировалась чаще всего жалобами на слабость, вялость, различные неприятные ощущения в теле, однако при переключении в беседе на психотравмирующую тему сразу же выявлялась депрессивная оценка происходящего, аффект мучительного недоумения с оттенком душевной боли, идеи «косвенной вины», «готовности к искуплению», сосредоточенность на психотравмирующих событиях аварии, а в ряде случаев — горечь и озлобленность.

Дисфорические расстройства (25,8% операторов, имеющих очерченные психические расстройства) проявлялись устойчивым злобно-тоскливо-напряженным аффектом, на фоне которого спонтанно или при незначительных поводах выявлялись поведенческие реакции враждебного недоверия, отчужденности, настороженности, высказывались идеи отношения. В структуре этих состояний отмечалась тенденция к аутохтонным колебаниям фона настроения от мрачной подавленности к злобно-дурашливому веселью с язвительными, оскорбительными выпадами в адрес окружающих.

В значительной части случаев дисфорические расстройства были связаны непосредственно со злоупотреблением алкоголем. При этом отмечались также явления постинтоксикационной астении, а нередко — явные признаки изменений личности по алкогольному типу. Клиника похмельного синдрома в чистом виде не обнаруживалась. Этот факт мог быть

связан с тем, что операторы работали по вахтовому методу. В беседах они не скрывали, что в период между вахтами алкоголизировались непрерывно, на вахте же имело место воздержание. Отмечались алкогольные эксцессы в дни заезда очередной вахты. Безудержное пьянство в период между вахтами нередко связывалось с представлением о «радиопротективной роли алкоголя».

Перечисленные расстройства были непосредственно ассоциированы со злоупотреблением алкоголем у 50,8% операторов, имевших очерченные психические расстройства.

Следует отметить, что на перечисленных этапах происходило объективное формирование «послеаварийных» радиационных быта и субкультуры. Для них было характерно строгое разделение жизнедеятельности трех контингентов ликвидаторов последствий аварии — операторов станции, ликвидаторов-резервистов и спецконтингентов военнослужащих.

Для радиационной субкультуры было характерно, подобно криминальной и наркотической субкультурам, использование обычных слов в иных, метафорических, значениях. Например, строка из популярной в то время песни в исполнении Леонтьева «Светофор»: «...все бегут, бегут, бегут, а он им свстит; все бсгут, бсгут, бсгут, а он горит...» — подразумевала состояние разрушенного реактора и паническую реакцию населения на аварию.

Мифотворчество рассматривало перспективы получения сверхвысоких доз облучения во внешне безобидных ситуациях и, таким образом, подчеркивало героизм ликвидаторов последствий аварии. Для операторов был характерен «черный юмор»: например, одно из кресел в помещении операторов первого блока, которое через разрывы в пластиковой обшивке излучало 12 миллирентген/час и не подлежало использованию по назначению, носило название «кресло главного инженера».

В рамках ограничительного поведения важное место занимала асексуальность. В частности, отмечалось серьезное ог-

раничение сексуальных контактов с женщинами, пережившими аварию в связи с распространенным, хотя и тщательно скрываемым, мифом об их «радиозаразности». Подобное нарушение сексуальных взаимоотношений было для женщин психотравмой, равно как и опасение, что экспозиция облучению без защиты в первые дни после аварии не позволит им в будущем принять решение о рождении ребенка. Интересно отметить, что в последующие годы на территории «Российского Чернобыля» (г. Новозыбков Брянской области) молодые женщины, приняв решение о рождении ребенка, на период зачатия, беременности, родов и кормления грудью предпочитали уезжать в «чистые» регионы.

Несмотря на привычное самоограничение, сложились также свои «нормы» выполнения требований индивидуальной защиты, например, собирать и употреблять в пищу грибы категорически запрещалось, но считалось проявлением «профессионального бесстрашия» собрать их и, после тщательной радиометрии, выбросив загрязненную часть, приготовить в пищу.

Этап «адаптации» к экстремальным нагрузкам. 26.09.1986 — вплоть до запуска второго блока ЧАЭС. В этот период на первый план вышли экстремально-физиологические факторы — резко увеличенные профессиональные нагрузки, усугубляемые вахтовой системой работы, накоплением дозы облучения, необходимостью соблюдать правила радиационной защиты. После запуска второго блока ЧАЭС перешла на штатный, хотя и в экстремальных условиях режим работы. В содержании переживаний операторов на первый план вышли житейские планы, бытовые заботы. Заметное звучание получили темы государственных компенсаций, получения нового жилья, адекватного вознаграждения за тяжелый труд в экстремальной обстановке. Несмотря на строжайшие запреты, отмечались упорные попытки проникнуть в г. Припять и вынести не подлежащие эксплуатации в силу радиационного загрязнения предметы обихода для последующей их продажи; были случаи попыток продажи радиационно загрязнен-

ных автомобилей. Интересно отметить, что в период ликвидации последствий землетрясения в Нефтегорске (1995) отмечены случаи предъявления неопознанных трупов как погибших родственников с целью получения государственной компенсации за смерть близких.

Таким образом, ситуация на ЧАЭС менялась от чрезвычайной, психотравмирующей, мистически-грозной к экстремально-физиологической, профессионально рутинно-вредной. За это время переживания людей прошли путь от шокковой растерянности и паники, аффекта недоумения, через жестокую и/или хроническую тревогу, чувства вины, стыда, отвращения к адаптации большей части операторов к экстремальным нагрузкам. В то же время отграничился контингент лиц с психическими расстройствами, в структуре которых аффективная патология сочеталась с враждебностью и отчужденностью, что характерно для так называемых психореактивных депрессий.

Контингент операторов ЧАЭС был повторно обследован спустя год после аварии. Выявленная клиника была оценена как характерная для патологического (ипохондрического) развития личности с нарастанием обособленности, интроверсии, редукции энергетического потенциала.

В связи с проблемой психопатологических последствий радиационной аварии на четвертом блоке ЧАЭС необходимо рассмотреть еще один ее аспект.

Весной 1998г. автор имел возможность включенного наблюдения за состоянием соматопсихического здоровья многочисленной (более 100 человек) группы инвалидов-ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, работавших на станции в максимально вредных условиях в мае-сентябре 1986 г. (в частности, шахтеров и резервистов). Это наблюдение показало наличие своеобразной триады соматопсихиатрической патологии:

- психосоматическое заболевание (как правило, ИБС с инфарктом миокарда в анамнезе, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки);

- тяжелый профессиональный невроз с полиморфной симптоматикой, явлениями невротической алкогольной зависимости и экстернализации невротического цинизма;
- психоорганические расстройства, клиника которых (включая явления полиневрита), с учетом характера и времени труда на ЧАЭС, укладывается в картину радиационной энцефалопатии.

2.3.2. Ранняя динамика психопатологических последствий ЧС у заложников и жителей Буденновска (лето 1995)

...Горе живущим на земле и на море,
потому что к вам сошел диавол
в сильной ярости, зная, что не много
ему остается времени!

*Откровение Святого Иоанна
Богослова (гл. 12; 12)*

С 18 по 21 июня 1995 г. в Буденновске работала бригада врачей-психиатров госпиталя ВЦМК «Защита» и МНИИ психиатрии МЗ РФ.

Была проведена оценка состояния психического здоровья жителей города в связи с террористической акцией; были даны также терапевтические рекомендации пациентам из первой группы освобожденных заложников (женщин и детей), их родным и близким.

По мотивации острых реакций на ТПС жители города могли быть разделены на четыре группы:

- основное население города, не затронутое лично событиями («миновала чаша сия»);
- близкие родственники погибших при захвате города террористами (испытавшие внезапную утрату родных и близких);
- родные и близкие захваченных заложников;
- сами заложники.

Предлагаемое деление носит сугубо условный характер, прежде всего из-за эффекта «домино», особенно заметного в сравнительно небольшом степном городке, полвека жившем тихой мирной жизнью.

Атмосфера растерянности и страха (террора), царившая в городе в первые дни после нападения, быстро сменилась на двойственную, внутренне противоречивую атмосферу бессильной, беспомощной подверженности чужой злой воле, ожидания вреда и ущерба, с одной стороны, и оскорбленного достоинства, настороженности и повышенной готовности к отражению угрозы, с другой. Все это проявлялось расстройствами поведения и деятельности — почти полным падением трудоспособности, концентрацией внимания на психотравмирующих событиях, пандемическим распространением слухов. Широкая распространенность расстройств сна (бессоница), изобилие жалоб на плохое самочувствие (в основном на спастические сердечно-сосудистые расстройства), сопутствовали подспудному чувству вины в форме самоупрека за испытываемое чувство радости и облегчения, что «миновала чаша сия».

Близкие (значимые) родственники заложников (и пропавших без вести, предположительных заложников) внезапно оказались в ситуации «психологического раскачивания», во власти колебаний от надежды к отчаянию, которые закономерно сделали их пациентами врачей-психиатров в чрезвычайной обстановке социального потрясения. Все они обнаруживали острые реакции на стресс с характерным сочетанием аффективно-шоковых расстройств (горя, подавленности, тревоги), паранойяльности (враждебного недоверия, настороженности, маниакального упорства) и соматоформных реакций (обмороков, сердечных приступов, кожно-аллергических высыпаний).

В силу мощного и ригидного отрицательного аффекта они индуцировали значительную часть благополучного населения города сомнением в возможность эффективной помощи и искренность сочувствия со стороны людей, приехавших в город для участия в ликвидации ЧС и ее возможных по-

следствий, и государства. Прежде всего индукторами психологического раскачивания стали пожилые родственники заложников — те, у кого ресурсы адаптации объективно снижены и кто в силу этого вызывает повышенное сочувствие и чувство самоупрека у благополучного окружения.

Практическая помощь сразу же после освобождения оказывалась первой группе освобожденных заложников — женщинам с маленькими детьми, беременным женщинам.

Ситуация заложничества является максимально психотравматичной и обладает наибольшим теоретически возможным агрессологическим потенциалом. При ней максимальных значений достигает ТПС — реальная перспектива смерти, максимально выражена фрустрация потребностей самосохранения — противодействовать невозможно (переживание беспомощной подверженности смертельной угрозе). Столь же максимально выражена фрустрация потребностей самоопределения — отрицается самооценочность жизни и личности заложника. Интенсивность переживания угрозы вырастает до масштабов параноидности — переживаются ужас, персекуторность, парализующий страх.

Источником этой смертельной угрозы является активный внешний стрессор — террористы, которые ставят заложников в ситуацию, характерную для шизофреники, непреодолимой слабости интегративной функции Эго заложников. Поэтому ситуацию можно охарактеризовать как максимально психопатогенную, причем ее агрессологический потенциал усугубляется астенизирующим дискомфортом обстановки выживания.

Состояние освободившихся заложников определялось остаточными явлениями аффективно-шоковых реакций с клинической картиной адинамической депрессии и масками астении, апатии, ангедонии. Характерно было нежелание вспомнить пережитое, стремление «скорее приехать домой, принять ванну (очень симптоматичное желание. — *Н.П.*), лечь спать и все забыть, скорее вернуться к обычной жизни».

Клиническая динамика характеризовалась ураганной скоростью. По рассказам освобожденных заложников, регрессия (в период заложничества) доминировала в поведении одной из части, проявляясь «примерной» инфантильностью с автоматизированным подчинением. Демонстративная же, вплоть до стремления «опередить приказ и заслужить похвалу», покорность другой части заложников напоминала поведение части осужденных в местах лишения свободы, характерное для общения осужденных с администрацией: расценивать ее следует как маску отчуждения. Обе рассмотренные формы реагирования говорят о резком сокращении интегративной функции Эго.

Два психопатологических феномена в структуре расстройств, наблюдавшихся в период заложничества и сразу по освобождении, следует рассмотреть отдельно. Это ситуационные фобии и ситуационные дисторсии.

Ситуационные фобии. В очаге ЧС заложники испытывали ситуационно обусловленные (интенсивными боевыми действиями) агорафобические явления (боязнь подойти к окнам, встать во весь рост, старание ходить пригнувшись, короткими перебежками, боязнь привлечь внимание террористов и т. п.), связанные со стремлением уцелеть в происшедшем вокруг них бое. Однако уже в ближайшие дни после освобождения они с выраженным депрессивным аффектом жаловались на становление навязчивой агорафобии (ландшафтофобии) и тенденции к ограничительному поведению (боязнь подходить к окнам в домашних условиях, боязнь лечь спать в постель и желание лечь на пол под кровать и т. п.). Этот быстрый переход ситуационных фобий в обсессивно-фобический синдром на фоне выраженных адинамических депрессивных расстройств может рассматриваться как показатель прогрессивности собственно психопатологического процесса (невроза регрессии).

Названные жалобы были характерны для группы заложниц — молодых женщин, беременных или матерей малолетних детей. В ситуации заложничества их поведение характеризовалось максимальной адаптивностью (демонстраци-

ей покорности), в основании которой лежало стремление уберечь своих детей. Эти женщины оценивали действия террористов также с позиции отчуждения («они обращались с нами хорошо, как хороший хозяин с бараном, которого намерен зарезать к Новому году»).

Представляется, что названный вариант клинической динамики отражает начало собственно психопатологического процесса аутистической трансформации личности — удела зрелой психики в ситуациях подобного типа.

Ситуационные дисторсии. Как реактивные паралогические комплексы (аффект-идеи), характерные для аутистического мышления, следует расценивать отмечаемые в структуре синдрома заложников высказывания (после освобождения) в пользу правильности действий террористов, обоснованности их холодной жестокости и беспощадности «несправедливостью властей», оправданности действий террористов стоящими перед ними высокими целями «борьбы за социальную справедливость», виновности властей в возможных жертвах противодействия террористам. Подобные высказывания были характерны для немолодых, одиноких мужчин и женщин с невысоким уровнем образования и доходов. Высказывания были насыщены аффектом враждебного недоверия и не поддавались критике. Парадоксально, что хаотичные протестные действия в период заложничества, провоцировавшие конфликт и угрозу агрессии со стороны террористов, были характерны именно для этой категории заложников.

Представляется, что (по крайней мере, в части случаев) реактивное оправдание стороны-агрессора может рассматриваться как проявление «истерии облегчения» — кратковременной истерической импунитивности в ответ на критическое разрешение психотравмирующей ситуации. Возможно, именно таков механизм явлений, характерных для так называемого «стокгольмского синдрома».

Противоположный пример паратаксической дисторсии — упрек в адрес «магических помощников» автор наблюдал в ночь перед освобождением первой группы за-

ложников в обстановке «психологического раскачивания». В разговоре двух немолодых женщин-медицинских сестер (беременная дочь одной из них, предположительно была в числе заложников; впоследствии она была освобождена) мать предполагаемой заложницы, глядя на спящих врачей-спасателей госпиталя ВЦМК «Защита», в ответ на замечание собеседницы: «Как крепко они спят...» сказала: «А что же им не спать, не их дети в заложниках». В то же время, как и во всех случаях внешне паралогических суждений и умозаключений, следует принимать во внимание реалии отечественной истории и культуры.

Учитывая высокую скорость и клиническую выраженность психопатологических последствий заложничества (тяжесть клинической картины первичного травматического Эго-стресса), следует привлекать врачей-психиатров и психотерапевтов к работе со всеми освобожденными заложниками, а также их близкими.

Таким образом, клинико-динамический анализ частных картин психопатологических последствий ряда ЧС позволяет сопоставить динамику расстройств с патогенетическим эффектом конкретных событий и обстоятельств, т. е. выглядит наиболее перспективным с точки зрения задач настоящей работы.

Заключение по второй главе

Рассмотренные в этой главе частные клинические картины могут служить подтверждением описанных ранее (в первой главе) общих закономерностей течения психопатологических последствий ЧС.

Наиболее важными моментами, с точки зрения автора, являются:

- соматоформный компонент феномена настороженности у военнослужащих, несущих боевое дежурство во враждебной обстановке в мирное время;
- структурно-невротический генез феномена «корпоративной вины» у профессиональных операторов при технологических авариях;

- адаптационная ценность «симптомов первого ранга» в патологических условиях войны у конституциональных шизофилептоидов — Зомби;
- реальность перспектив психосоматической и токсикоманической эволюции у преморбидных структурных невротиков — Рэмбо;
- поэтапная динамика психических и психосоматических расстройств у участников ЧС в очаге событий (радиационная авария на ЧАЭС);
- «ураганная» скорость развития очерченных невротических и аффективных расстройств у жертв террористической акции в Буденновске.

Резюме первой части

Анализ клинической динамики психопатологических последствий ЧС показывает, что они не могут быть сведены к имеющимся в МКБ-10 острым реакциям на стресс, среднесрочным последствиям в форме PTSD и отдаленным последствиям — патологическому развитию личности на основе опыта ЧС.

По мере возможности в разделе рассматривалась клиническая динамика психопатологических последствий ЧС у основных контингентов участников трех видов ЧС. Такое рассмотрение, в совокупности с данными литературных источников, служит подтверждением трехзвенной концепции психогенеза психопатологических последствий ЧС.

Первое, внешнее, звено — травматический психический стресс (ТПС) — выступает как реальная угроза жизни и благополучию, своего рода «великий уравниватель», формируя (или актуализируя латентный) интрапсихический конфликт.

Своеобразие этого конфликта определяет клиническую картину первичного травматического Эго-стресса (стресса осознания) с регрессией аффекта тревоги и мощным психопатогенетическим потенциалом. Синдром первичного травматического Эго-стресса можно рассматривать как «ключ на

запуск» и в то же время как первооснову последующей психопатологической эволюции личности участника ЧС. По крайней мере, начальные этапы всех форм этой эволюции носят процессуальный невротический (связанный с интрапсихическим конфликтом) характер.

Очевидна тенденция к конвергенции вариантов течения этого процесса при среднесрочных и отдаленных психопатологических последствиях ЧС.

Клинический анализ позволяет говорить о четырех вариантах невротического процесса:

- собственно психопатологическая эволюция, проявляется, как правило, вялотекущей аутистической трансформацией личности;
- психосоматическая эволюция личности участника ЧС (органный невроз), проявляется нарастающей дисфункцией органов и систем;
- токсикоманическая эволюция личности участника ЧС (невротическая зависимость), двойственность отношения к аутоинтоксикации;
- «экстернализация невротического цинизма», по К. Хорни, вследствие опыта ЧС, нарастание расстройств личности и поведения.

Однако невротический (на основе интрапсихического конфликта) характер процессуальности свойственен психопатологическим последствиям ЧС лишь поначалу. Постепенно включаются более глубокие, психобиологические закономерности процессуальной эволюции и могут формироваться метаневрозы — психобиологические болезненные процессы:

- 1) хронические психосоматические (включая психоорганический и психоэндокринный синдромы, а также синдром прогерии) болезни;
- 2) хронический алкоголизм и неалкогольные токсикомании, а также тесно связанные с ними;
- 3) явления индивидуального психического вырождения (эпилептоидной психопатии).

В подобном включении, по-видимому, решающую роль играет фактор психофизической конституции. Психореактивная сущность собственно психопатологических последствий ЧС проявляется преморбидной (конституциональной) внутренней конфликтностью интерперсональных отношений. Готовность к формированию органичного невроза говорит о преморбидном наличии «слабого звена» анатомо-физиологической конституции. Промежуточное между двумя вышеописанными формами положение занимает конституциональный фактор в генезе токсикоманической эволюции личности участника ЧС.

Можно полагать, что эти три варианта эволюции объединяются на общей почве определенной слабости психосоматического регулирования, обязанной своим происхождением хроническому интрапсихическому конфликту.

Необходимо отметить также, что существует мнение о самостоятельной роли феномена алекситимии в происхождении психосоматозов: М. Бьонди полагает, что «из-за бедной фантазии... больные психосоматическими расстройствами неспособны выразить словами свои ощущения... они не могут описать своего заболевания или решить конфликт».

В то же время явления индивидуального психического вырождения (психопатизации по эпилептоидному типу) показывают, что хронификация травматического психического стресса, при наличии достаточной прочности психосоматических соотношений, может вести к устранению интрапсихического конфликта путем дегенеративной примитивизации психики — атавизма, когда возрастание напряженности и вязкости негативного аффекта реализуется в преобладании его психомоторного компонента и внутренней непосредственности побуждений (взрывчатости). Более того, подобное направление патологической эволюции личности в условиях ХЖС создает иллюзию эффективности адаптационной психодинамики индивидуума. На деле же деструктивность атавистического примитива несет угрозу самим устоям социальной организации.

При подобном подходе появляется возможность клинического отграничения явлений нарциссического этапа невротического процесса (аффективных и шизоаффективных расстройств, включая аффективно-бредовые конструкции) от явлений аутоиммунного метаневроза «ядерной» шизофрении (одной из клинических картин ментального автоматизма).

Таким образом, процесс психопатологических последствий ЧС сам по себе противоречив и фактически по формам и темпу течения охватывает все проявления жизнедеятельности человека.

Поэтому уместен вопрос о патогенетической специфике подобного процесса. Рассмотрению этого вопроса посвящен второй раздел предлагаемой работы.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ПАТОГЕНЕЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС

«Понимаю — ярмо, голодуха,
тышу лет демократии нет,
но худого российского духа
не терплю, — говорил мне поэт...

Вот уж правда — страна негодяев:
и клозета приличного нет», —
сумасшедший, почти как Чаадаев,
так внезапно закончил поэт.

Но гибчайшею русскою речью
что-то главное он огибал
и глядел словно прямо в зарежье,
где архангел с трубой погибал.

Лев Лосев

Для определения единого механизма патогенеза столь разнообразных клинических форм посттравматического преобразования (эволюции) личности участников ЧС необходима опора на априорную систему взглядов.

Во-первых, в качестве постулата избран психогенез (по крайней мере, первичный) психопатологических последствий ЧС. Три компонента этого психогенеза включают взаимодействие фактора психоагрессии (психотравмы), интрапсихического конфликта и конституционального (преморбидного) фактора; одним из клинических вариантов психогенных психических расстройств являются невротозы.

Во-вторых, психоаналитическая концепция невротоза имеет в виду невротический процесс (последовательность «стресс — конфликт — тревога — защита — клиника»).

Две характеристики этого процесса имеют принципиальную значимость — во-первых, первоначально интерперсональная деструктивность невротических побуждений систематически вытесняется или игнорируется (т. е. не может осознаваться человеком), во-вторых, эффективность защитных конструкций изначально иллюзорна (невротический процесс течет прогрессивно).

В качестве системы взглядов на эти характеристики выступают две доктрины эволюции классического психоанализа: концепция адаптационной психодинамики Шандора Радо (в отечественной психиатрии — психической и психофизиологической адаптации) и культурно-социологическая теория неврозов (связываемая с именем Карен Хорни).

Эпицентром проблемы неврозов (в психоаналитической интерпретации) является представление о том, насколько неизбежно реализация агрессивно гедонистических побуждений человека носит интерперсонально-деструктивный характер.

В рамках предлагаемого варианта рассмотрения этой проблемы особое значение автор придает двум феноменам структурно-информационной организации Эго:

- структурно-удвоенной «внутренней реальности» (информационной модели реальности в сознании человека),
- ресурса интеграционной (синтетической) функции Эго — запаса мощности аппарата Эго для исполнения Эго-функций.

С точки зрения целей настоящего исследования (определение единого патогенетического механизма процесса патологической эволюции личности участников ЧС) представляется целесообразным последовательно рассмотреть особенности всех трех компонентов механизма психогенеза:

- фактора психоагрессии (психотравмы) при ЧС,
- структуры интрапсихического конфликта при ЧС,
- роли конституционного фактора при ЧС.

ГЛАВА 1

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАГРЕССИИ (ПСИХОТРАВМЫ) ПРИ ЧС

Снова опричник на сытом коне
по мостовой пролетает с метлою.
Вижу лицо его подлое, злое,
Нагло подмигивающее мне.

Рядом! Не на чужой стороне —
в милой Москве на дебелим коне
рыжий опричник, а небо в огне:
молча горят небеса надо мною.

Борис Слуцкий

Возможно, самым поразительным фактом душевной жизни современного россиянина является непреодолимое стремление к анимизации и антропоморфизации неживой природы и животного царства или, напротив, бестиализации и дегуманизации человеческого фактора. Все неприятности, происходящие с «нашим» человеком и вокруг него, приобретают, в конечном счете, личностный смысл негативных оттенков (злонамеренности, «происков врага») интерперсональных отношений. Этот мир преимущественно негативных интерперсональных отношений и есть для современного россиянина ноосфера, освоенное человеком «персонифицированное жизненное пространство-время» (мир «социального невроза»).

В этом смысле, итогом любой катастрофы служит накопление субъективно болезненных изменений (деструкции) интерперсональных отношений в связи с пережитой психоагрессией. Представляется, однако, что патогенетический потенциал таких изменений не только связан с самим психотравмирующим воздействием, но заложен в основу структурной организации Эго. Именно исходя из этой концептуальной гипотезы, автор предпочитает использовать не

более современное понятие личности, а предложенный еще З. Фрейдом термин «Эго», подчеркивающий структурно-информационный (с точки зрения достижений современной технологии — компьютерный) аспект организации психического аппарата человека.

Представляется целесообразным рассмотреть три характеристики названной организации:

- удвоенную структуру внутренней реальности человека,
- личностный смысл тревоги в структуре удвоенной реальности,
- факторы психоагрессии и психопатогенный потенциал ЧС.

1.1. Феномен удвоения внутренней реальности человека

В оный день, когда над миром новым
Бог склонял лицо свое, тогда
Солнце останавливали словом,
Словом разрушали города.

И орел не взмахивал крылами,
Звезды жались в ужасе к луне,
Если, точно розовое пламя,
Слово проплывало в вышине...

Николай Гумилев «Слово»

Внешний мир, царство реальности, предстает в индивидуальном сознании постольку, поскольку он освоен, т. е. сформирована его информационная модель — внутренняя реальность человека (Эго-реальность).

Представляется, что структура этой внутренней реальности имеет удвоенную организацию, одна часть которой оперирует объективными, тогда как другая — субъективными индивидуальными значениями (личностными смыслами) внутренних и внешних стимулов.

Первая внутренняя реальность, реальность объективных значений призвана обеспечивать потребности жизнедея-

тельности человеческого организма, безопасности и приспособления к окружению (потребности адаптационной психодинамики): она оперирует значениями внешних и внутренних стимулов, преследуя цели выживания в условиях постоянно изменяющегося внешнего мира (в данном контексте, в условиях ЧС — обеспечивая потребности самосохранения). В частности, именно к первой внутренней реальности относятся схема тела (что примерно соответствует понятию телесного Эго) и локомоторная функция, проприоцептивная чувствительность и контроль комфортности физических стимулов внешней реальности.

С точки зрения структурной, первая внутренняя реальность представляет собой «предсознательную» часть Эго-образа (Я-концепции), осуществляющую информационное обеспечение морфо-физиологического аспекта Эго-ресурса (телесного Эго).

Два обстоятельства определяют функционирование реальности объективных значений — исходная избыточность энергии первичного драйва и его последующая витальная динамика. Эта последняя заключается в закономерном, с течением времени, угасании принципа удовольствия и смене его принципом небытия. Однако в период расцвета организма имеет место доминирование принципа удовольствия и, вследствие этого, преобладание процессов познания над процессами постижения в структуре освоения мира, с одной стороны, и процессов освоения мира над процессами психодинамической адаптации к миру (принципиальная характеристика здоровья и благополучия), с другой стороны.

Именно эти два обстоятельства характеризуют период молодости и ранней зрелости человека: преобладание в поведении молодого человека (ребенка) энергичного познания мира диктует необходимость и особенности социального воспитания (прежде всего, его приобщения к духовной культуре сообщества, «первичной социализации»). Характерным является использование языка и речи в их служебном, терминологическом значении и, поэтому, конкретность и чет-

кость значений. Реальность объективных значений формирует мир функций жизнеобеспечения, на почве потребностей которого вырастают точное знание, измерение, прикладные науки и техника.

В зависимости от складывающегося в ходе индивидуального развития соотношения адаптационно-психодинамических сил формируется преобладание одной из двух установок выживания — гедонистической (энергосберегающей) или агрессивной (энергозатратной).

Гедонистическая установка проявляется в тенденции избирать виды деятельности, при которых перспектива вознаграждения не связана с необходимостью преодоления препятствия (помехи) со стороны других людей, а процесс деятельности переживается как промежуточный этап в стремлении к вознаграждению (поэтому имеет место энергосбережение).

Агрессивная установка, напротив, проявляется в тенденции избирать виды деятельности, при которых имеет место перспектива отложенного вознаграждения за преодоление препятствия (помехи) со стороны других людей, а процесс деятельности приобретает самодовлеющую ценность (что ведет к значительным энергозатратам).

Названные две установки характеризуют животную природу человека (в частности, сексуальность может рассматриваться как внутренне конфликтная, смешанная агрессивно-гедонистическая установка). Следует отметить, что агрессивная (энергозатратная) установка с течением времени закономерно уступает место гедонистической (энергосберегающей) установке.

Если первая внутренняя реальность использует язык и речь в их служебном значении, то вторая внутренняя реальность, реальность воображения — это самостоятельный мир вербальных (и иных знаковых) символов, в котором предметы и явления физического мира, кроме их объективных значений (преобладающих в животной природе человека и составляющих первую внутреннюю реальность), имеют дополнительное (ассоциативное), субъективное значение (лич-

ностный смысл), который может превалировать над объективными значениями и определять содержание актуальных переживаний человека.

Можно отметить два качества этих символов — их «подразумевающаяся» отнесенность к категории интерперсональных отношений и метафоричность, возможно, связанная с антиномичностью, биполярностью значений понятий, относящихся к дихотомии «добро—зло».

Система личностных смыслов реальности — чисто человеческое качество. Реальность воображения, функционирующая по принципу антиномических реакций личности, открывает человеку путь к познанию добра и зла. Важно, что реальность воображения может рассматриваться как структурно-функциональная организация, носитель информации морального чувства.

Формирование реальности воображения происходит в возрасте пубертатного криза (10—18 лет у мужчин, 10—19 лет у женщин). В этом возрасте подросткам свойственна тенденция к созданию возрастной субкультуры на основе, в частности, метафорической речи и словотворчества.

Сточки зрения структурной вторая внутренняя реальность (реальность воображения) представляет собой противоположную Эго-ресурсу долю Эго-образа (Я-концепции), осуществляющую информационное обеспечение Эго-идеала.

Стабильное и внутренне непротиворечивое взаимодействие двух информационных моделей (реальности объективных индивидуальных значений и реальности воображения) обеспечивает (в данном контексте в условиях ЧС) потребности самоопределения, структурно-информационное единство идеализированного Эго-образа (Я-концепции). Следует отметить, что идеализм Я-концепции биологически целесообразен и социально нейтрален (но создает почву для невротизма).

Развитие двойной системы индивидуальных значений (феномен удвоения информационных моделей реальности) исторически превратило окружающий человека мир в ноосферу. В то же время именно в сфере реальности воображе-

ния обретают личностный смысл феномены функционирования патогенных Эго-защит (прежде всего, реактивных формирований вины, стыда, отвращения) и формируются информационные структуры Супер-Эго (в частности, Эго-идеал).

Во взаимодействии обеих частей внутренней реальности (Эго-реальности человека) создается некий «идеализированный Эго-образ» (Я-концепция), равно расходящийся с Эго-идеалом и актуальным Эго-ресурсом. Расхождение это имеет популяционно-статистический стандарт и, таким образом, может рассматриваться как естественно-биологическая характеристика Эго (психического аппарата).

Реальность воображения (система личностных смыслов) формируется за счет функционирования двух различных механизмов — мифотворчества и магического действия.

В основе освоения мира путем мифотворчества лежит самосознание, характерное для ранних этапов социальной организации — рабовладения, феодализма: логика мифа направлена на обоснование и оправдание привилегированного удовлетворения агрессивнo-гедонистических потребностей в условиях дефицита ресурсов. Миф отвергает объективную ограниченность дозволенного человеку. Его область — интерперсональные взаимоотношения, ролевой статус, общение, где запрету противостоит вссдозволснность, основная тенденция — самоутверждение с претензиями на всеблагость, экстрапунитивная направленность реакций сочетается с упорным стремлением к устранению запрета и к власти (гетеропластическое освоение мира). Мифотворчество связано с переживанием чувства обиды, ригидностью эгоистических побуждений, преобладанием прежнего опыта фрустрации.

В основе освоения мира путем магического действия (заклинания) лежит первобытное архаическое самосознание, беспомощное и восторженное перед лицом неодолимых, грозных и таинственных сил природы и мироздания. Магия утрирует объективную ограниченность индивидуальных возможностей человека. Область магии — предметная деятельность человека, где бессилию противостоит всемогуще-

ство (всезнание), достижимое при обращении к магическому помощнику, высшей силе (Логосу) в смиренной надежде на исполнение желания, всегда в значительной мере утопического: заклинание сочетается с идеалистической тенденцией самоограничения, самонаказания, самопожертвования (аутопластическое освоение мира). Однако магическое мировосприятие внутренне противоречиво, смирение может переходить в фанатизм, любовь — в ненависть, надежда — в отчаяние. Магия связана с блокадой эгоистических побуждений чувствами вины, стыда, отвращения, преобладанием прежнего опыта (психического) стресса.

Соотношение названных четырех модальностей мировосприятия (гедония, агрессия, мифотворчество, магическое действие) ложится в основу формирования индивидуального стиля эмоционально-потребностной и познавательной деятельности. В тех случаях, когда речь идет о состоянии психического здоровья и активного освоения мира, подобный индивидуальный стиль характеризуется «опережающим планированием». Гармоническое единство четырех установок в Эго-образ (Я-концепцию) индивидуально и причудливо, однако ядро самоопределения — Эго-чувство (внутренняя свобода), подразумевает ответственность, смирение и терпение, доверие и сотрудничество, благополучие и комфорт.

В этом смысле следует отметить важность различения идеалистического и невротического, идеи и аффект-идеи (дисторсии) — Эго-образ (Я-концепция) всегда идеализирован, но невротизированным он становится лишь при накоплении интерперсональной деструктивности. Более того, история становления самосознания человека — история кристаллизации идеи из аффект-идеи, поэтому, в частности, возврат к аффект-идее, дисторсия, содержит в себе угрозу индивидуального психического вырождения.

Представляется возможным связать с феноменом удвоения внутренней реальности человека (Эго-реальности) явле-

ния когнитивного диссонанса, алекситимии и метафорической речи.

Когнитивный диссонанс — принципиальное расхождение поступающей информации о текущих событиях с ранее сформированными представлениями, противоречие между объективными и субъективными значениями внутренней реальности, генератор сигнала опасности, передний край когнитивного консонанса, удел науки, стимул развития объективного знания. Неизменно и закономерно актуализирует интрапсихический конфликт: в ЧС клинически проявляется тяжелой патогенной тревогой (аффектом недоумения).

Алекситимия — принципиальная невыразимость эмоциональных переживаний словами, передний край тимолексии (словесного выражения чувств), удел поэзии (искусства речи), стимул развития языка и речи для формирования понятий, определяющих вновь создаваемые индивидуальные значения переживаний. Служит выражением фрустрационной регрессии: в ЧС клинически проявляется в структуре феномена психалгии.

Метафора (уподобление, сравнение) — одно из самых эффективных средств преодоления когнитивного диссонанса и алекситимии, основной инструмент реальности воображения. В статье «Философия метафоры» (Новый мир, № 8, 1982) Вл. Новиков определяет метафору как способ обнаружения гармонии в хаосе, персонификации («вочеловечивания») безличного путем сравнения. Метафора широко используется в поэзии («Метафора — мотор формы», А. Вознесенский). В ЧС метафорическая речь включена в структуру аффекта недоумения, где вуалирует подспудные болезненные чувства вины, стыда, отвращения.

Названные феномены могут рассматриваться как механизмы исторического развития (становления) внутренней реальности человека. Подобно тому, как фрустрация и стресс являются условиями развития эмоционально-потребностного аспекта, когнитивный диссонанс, алекситимия и метафо-

ра являются условием развития познавательного аспекта индивидуального стиля деятельности.

Таким образом, можно говорить о феномене удвоения информационных моделей реальности в сознании человека. Внутренняя реальность оперирует двумя системами — объективных значений и субъективных, личностных смыслов событий и явлений. Система объективных значений обеспечивает действие установок выживания — гедонии и агрессии (индивидуальный аспект адаптационной психодинамики), а система личностных смыслов обеспечивает действие установок жизнедеятельности — мифотворчества и магического действия (интерперсональный аспект освоения реальности). На основе взаимодействия обеих систем строится «идеализированный Эго-образ» (Я-концепция), закономерно отличающийся как от Эго-идеала, так и от актуального Эго (Эго-ресурса). Характер этого отличия определяется соотношением функций названных установок, но какая-то степень идеализации присутствует всегда.

1.2. Соотношение страдания и тревоги в структуре внутренней реальности человека

Сожму я в узел нить
Меж сердцем и сознанием.
Хочу разъединить
Себя с моим страданьем.
И будет кровь не течь —
Ползти, сквозь узел, глухо.
И будет сердца речь
Невнятною для духа...

Зинаида Гиппиус «Узел»

Сравнительно недавние достижения психофизиологии, дающие (в развитие идей адаптационной психодинамики) основания для разграничения эмоциональной и мотивационной систем головного мозга, позволяют также преодолеть

сложившуюся в последние десятилетия традицию подчеркнутого абстрагирования от транскультурных и психолингвистических различий в содержании переживаний, включаемых в описание психофизиологически единого синдрома тревоги — «ствола невротической организации».

Эмоциональные состояния могут рассматриваться как принципиально невербализуемый (алекситимический) континуум переживаний от страдания до блаженства.

Страдание — мучительное переживание текущей Эго-дезинтеграции «при воздействии некомфортных условий на организм». Страдание характеризуется сверхпривязанностью к категории пространства-времени: оно всегда конкретно, гиперреально — «здесь и сейчас», время «перестает течь».

Страдание — удел человека на Земле. Рождение, болезнь, старость, смерть — таковы неизменные обстоятельства страдания человека в земной жизни, утверждает «Сознание Кришны» («Источник вечного наслаждения», «Бхагават Гита как она есть»). Однако страданию есть также и некоторая мера. Чрезмерное, идущее не от Бога, а от людей, страдание и есть зло — первоисточник психопатологических явлений. Социальное несовершенство увеличивает сумму страданий человека на Земле, а достижения науки и социальный прогресс постепенно сужают круг наших представлений о предначертанном человеку «неизбежном страдании опыта жизни» (И. Ефремов «Час быка»). Однако на каждом отрезке истории человеческого общества можно говорить о наличии своего рода популяционно-статистической нормы неизменных обстоятельств страдания человека в земной жизни.

Блаженство — положительно окрашенное переживание полностью удовлетворенной интегративной Эго-функции при отсутствии воздействия существенных некомфортных условий на организм. Характеристикой блаженства служит утрата восприятия категории пространства-времени, кратковременное живое небытие, утрата контакта с реальностью. В этом смысле можно отметить, что человеку свойственно стремиться к жи-

вому небытию — итогу наслаждения (блаженство), созерцания (покой) или забвения (сон), но при этом рассчитывать на кратковременность и обратимость этого небытия.

Мотивационные состояния также могут быть представлены в виде континуума от тревоги до наслаждения. Тревога может рассматриваться как сигнал надвигающегося страдания, а наслаждение — как сигнал достижимого блаженства. Поэтому мотивационные состояния характеризуются стремлением к минимизации тревоги и максимизации наслаждения. Можно также отметить, что наслаждение предстает как процесс энергозатратной деятельности, так или иначе связанной с реализацией агрессивной установки, а тревога — как накопление избыточной энергии в условиях интрапсихической блокады агрессивных тенденций.

Ноумен тревоги — страдание. Ноумен наслаждения — блаженство. Тревога (и наслаждение) становятся феноменами только на уровне внутренней реальности (Эго-реальности) человека. Поэтому они в высшей степени вербализованы (и одеты в иные знаковые символы), поэтому служат вечным источником для всех форм искусства речи, тогда как удел страдания и блаженства — алекситимия. Животное в человеке не тревожится и не наслаждается, оно страдает и блаженствует.

Тревога — это страдание, переживаемое во внутренней реальности как предвосхищение еще большего страдания. Этот ноумен тревоги особенно заметен при мучительных переживаниях (для них характерен компонент невыносимой и беспомощной подверженности страданию) — страдание, таким образом, также может быть путем к небытию (потере сознания), но небытию необратимому (вечному покою). Существенно, что путь возвращения из такого небытия также лежит через страдание и тревогу (это обстоятельство особенно заметно в наркологической практике).

Субъективное чувство тревоги (предвосхищение еще большего страдания) может быть категоризировано по типу

индивидуального значения переживаний — тревога переживается либо как опасность, либо как угроза.

По-видимому, данное категориальное различие служит своего рода основой удвоения информационных (внутренних) моделей внешней реальности.

В пользу такого деления говорят данные семантического дифференциала Ч. Осгуда (СДО) при обследовании случайной выборки жителей Брянской области (32 мужчины в возрасте 19—54 лет, русские). Для тестирования были выбраны девять антиномических пар прилагательных, по три для каждой из трех осей трехмерного семантического пространства. Для упрощения методики исследование ограничилось тремя основными осями: Е — оценка; Р — потенциал; А — ориентированная активность. Оценивались два понятия — «опасность» и «угроза». Обследуемые разделили эти понятия по оси Е (оценка), причем понятие «опасность» было оценено как «плохая, умная, злая», а понятие «угроза» — как «плохая, глупая, злая». Различие в оценке названных понятий по антиномической паре «умный—глупый» достоверно по Стьюденту: $p > 0,05$.

Следует отметить, что речь идет о единственной из выбранных для конструирования модели семантического пространства парс, перевод которой с английского (языка оригинала методики) на русский язык был существенно осложнен неоднозначностью понятий. В паре прилагательных «wise-foolish» первое слово содержит оттенок «рассудочности», а второе — «безрассудства». В русском языке понятие «умный», в свою очередь, содержит оттенок «разумности, рассудочности», а понятие «глупый» — оттенок «неразумности», относимой также к суждению о психике животного.

Тревога-опасность переживается как предвосхищение возможного вреда от воздействия безличной силы, не направленной при этом против личности субъекта (принцип «неопределенности»). Переживание тревоги-опасности порождается стимулами физической реальности и, таким образом, относится к первой внутренней реальности челове-

ка. Тревога-опасность формулируется точными, терминологическими значениями слов и определяет границы эффективного функционирования индивидуального стиля эмоционально-потребностной и познавательной деятельности. Тревога-опасность служит мотивом биологически целесообразных форм деятельности и поведения, адекватного обстановке. Характерной особенностью поведения является минование реакций по мере снижения остроты конфликта между опасностью и инстинктом самосохранения. Переживание тревоги-опасности характерно для профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях: навык объективной оценки и терминологического формулирования опасности является предметом профессиональной подготовки. Тревога-опасность носит преимущественно экзистенциальный характер, она близка к понятию автоматической тревоги З. Фрейда. По мере приближения опасности тревога переходит в страх. Тревога-опасность когнитивна и выступает как плата за беспредельность познания, выражение свободы личного выбора. Чем больше объем объективного знания, тем меньше тревоги-опасности, но тем больше страдания.

Тревога-угроза переживается как предвосхищение неминуемого вреда, активно направленного против субъекта (принцип «беспомощной подверженности»). Подобным образом переживаются две стороны понятия «угроза» — «непосредственная и реальная (угрожающая) опасность» и «активное стремление причинить зло». В силу особенностей реальности воображения непосредственность опасности служит доказательством активности зла. В обыденной жизни тревога-угроза близка к понятию сигнальной тревоги З. Фрейда, однако в условиях ЧС порождается внешними (объективными) обстоятельствами. Поэтому чрезвычайная тревога-угроза может рассматриваться как естественная реакция на патогенную обстановку ЧС. В этом случае интенсивность тревоги-угрозы указывает на тяжесть фрустрации, а сама тревога-угроза является переменной травматического Эго-стресса.

Чувство угрозы переживается в реальности воображения, отражая автоматическую регрессию психики на уровень пубертатного криза в ответ на пребывание в очаге ЧС (что создает предпосылки для реализации внутренне неопосредованных поведенческих реакций). Тревога-угроза характеризуется тенденцией к метафорической речи, способствует анимизации и антропоморфизации неживой природы и животного царства (или, напротив, бестиализации и дегуманизации человеческого фактора). Тревога-угроза иррациональна и патогенна по определению. В структуре Эго-стресса она преобразуется в реактивные формирования.

Следует отметить, что подобно тому, как регрессия психики ведет к переходу (инверсии) чувства опасности в чувство угрозы, обратный процесс (тренировка объективной оценки опасности) призван препятствовать регрессии. Дальнейшее же углубление регрессии выражается переходом чувства угрозы в «чистое» страдание — синдром душевной боли (психалгии).

Могут быть названы следующие этапы фрустрационной регрессии аффекта: благополучие — опасность — угроза — недоумение — душевная боль.

Наряду с регрессией реактивные формирования (преобразования регрессированного аффекта в болезненные чувства вины, стыда, отвращения) играют ключевые роли в ряду патогенных Эго-защит от психотравмирующего воздействия ЧС. Здесь следует также назвать такие патогенные механизмы, как концептуализация и аффективные защиты (15), однако ключевая роль первых двух (регрессии и реактивных формирований) неслучайна и связана с самодовлеющей реальностью чрезвычайной угрозы при ЧС.

В этом смысле архаические переживания болезненной вины, стыда и отвращения суть формы тревоги-угрозы, прямое следствие фрустрационной регрессии психики на метафорический уровень пубертатного криза, феномены реальности воображения. Можно также отметить двойственность феномена отвращения, с одной стороны, это форма трево-

ги-угрозы, с другой — это уже собственно страдание (тошнота и рвота), т. е. самонаказание.

Параноидная тревога может рассматриваться как предел интенсивности тревоги-угрозы: она характеризуется сочетанием переживаний активного угрожающего зла (подверженности преследованию, персекуторности), ужаса (сильной боязни с оттенком отвращения) и парализующего страха (беспомощности). Приступ параноидной тревоги (в результате интоксикации неизвестным психотомиметиком) ярко описан в рассказе А. Конан-Дойля «Дьяволова нога»:

«После первого же вдоха разум мой помутился, и я потерял власть над собой. Перед глазами за клубилось густое черное облако, и я внезапно почувствовал, что в нем таится все самое ужасное, чудовищное, злое, что только есть на свете и эта незримая сила готова поразить меня насмерть. Кружась и колыхаясь в этом черном тумане, смутные призраки грозно возвещали неизбежное появление какого-то страшного существа, и от одной мысли о нем у меня разрывалось сердце. Я похолодел от ужаса. Волосы у меня поднялись дыбом, глаза выкатились, рот широко открылся, а язык стал как ватный. В голове так шумело, что казалось, мой мозг не выдержит и разлетится вдребезги».

В описании автора (врача по профессии!) очевидны психофизиологическое единство синдрома тревоги и категориальность индивидуального значения — чувства иррациональной угрозы.

Таким образом, при рассмотрении сигнальной функции тревоги (страдание от предвосхищения еще большего страдания) психофизиологически единый синдром тревоги на уровне внутренней реальности человека может быть разделен на чувство познаваемой опасности и чувство иррациональной угрозы. Тревога-угроза (чувство беспомощной подверженности активному злу) является феноменом реальности воображения, показателем фрустрационной регрессии психики на возраст пубертатного криза, переменной произ-

водной травматического Эго-стресса. Переживание тревоги-угрозы включает патогенные Эго-защиты. Две из них — регрессия и реактивные формирования — патогномоничны для ЧС, они указывают на чрезвычайный характер угрозы. Для современного россиянина характерно переживание именно иррациональной тревоги-угрозы. С другой стороны, страдание есть ноумен тревоги и поэтому феномен алекситимической психалгии можно рассматривать как предел фрустрационной регрессии аффекта.

1.3. Факторы психоагрессии и психопатогенный потенциал ЧС

Нечеловеческая сила,
В одной давящие всех калеча,
Нечеловеческая сила
Земное сбросила с земли.

И никого не защитила
Вдали обещанная встреча,
И никого не защитила
Рука, зовущая вдали.

Александр Кочетков
«Баллада о прокуренном вагоне»

Катастрофа внезапно и резко сужает освоенное жизненное пространство человека, стесняет его свободу, посягает на поле личности, ставит его в ситуацию выживания.

Очевидно, что основным фактором подобной психоагрессии (воздействия психотравмирующего некомфортного условия) при ЧС является чрезвычайная (внезапная и преждевременная) угроза жизни, здоровью и благополучию человека (в предельном случае — реальная перспектива смерти). Чрезвычайная угроза фрустрирует инстинкт самосохранения. Фрустрация реализуется в аффективно-шоковых (острых психоневротических) реакциях.

Однако вслед за аффективно-шоковыми реакциями закономерно развивается клиническая картина травматического

Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности). Существуют два аспекта психотравмирующей некомфортности условий: некомфортные физические стимулы и некомфортные значения.

Некомфортные физические стимулы. Физические воздействия на органы чувств, не достигающие степени повреждающих факторов и выступающие как сигналы опасности, побудители биологически целесообразных форм поведения и деятельности в очаге ЧС (попыток спасения и минимизации ущерба). Эта категория стимулов при достаточно длительном воздействии создает условия астенизирующего (истощающего) дискомфорта, способствующего «разрыву слабого звена» психосоматических соотношений.

Некомфортные значения. Преимущественно аудиовизуальные информационные стимулы (а также, в меньшей степени, сигналы других органов чувств) — напоминания, символы бренности земного бытия, тленности телесной оболочки, финальной тщетности усилий — картины гибели и страданий людей, разрушений, хаоса и дезорганизации, вид которых противоречит опорным социо-культурным критериям (и, таким образом, ведет к несостоятельности идеализированного образа).

Обс рассмотренные категории выступают в роли «факторов устрашения», характеризующих катастрофу как чрезвычайную угрозу. Факторы чрезвычайной угрозы можно рассматривать как последовательные уровни интенсивности страдания: воздействие повреждающего физического фактора — воздействие некомфортного физического фактора — воздействие некомфортного индивидуального значения.

Чрезвычайная угроза в очаге ЧС включена в структуру либо травматического психического стресса (ТПС), либо хронического жестокого стресса (ХЖС) выживания.

Однако уже отмечалось, что сам по себе психический стресс, порождая «переменную производную» — тревогу-опасность, — должен быть патогенетически нейтральным. С точки зрения автора, речь должна идти о травматическом (или

хроническом жестоком) Эго-стрессе — стрессе осознания новой, психотравмирующей реальности, порождающем присутствия только ему интрапсихический конфликт между потребностями самосохранения и потребностями самоопределения и, как следствие, переживание чрезвычайной угрозы. Чрезвычайная угроза сама по себе ограничивает свободу личности и выступает в роли фактора фрустрации витальных потребностей самоопределения. Две конкретных ЧС могут рассматриваться как предельно выраженный травматический Эго-стресс — пребывание под завалами (например, при землетрясениях или при аргобстрелах) и пребывание в заложниках (заложничество). Напротив, положение беженцев и узников концлагерей может рассматриваться как предел собственно ХЖС выживания.

Место и роль чрезвычайной угрозы находятся в прямой зависимости от типологической принадлежности ЧС и конкретных обстоятельств катастрофы. Типологическое разделение ЧС на три вида (сопровожаемые антропогенными, антропотехногенными и антропосоциогенными катастрофами) основывается на представлении о роли и участии человеческого фактора в происхождении собственно катастрофических последствий — страдании и гибели людей, разрушении социальной инфраструктуры. Объективная (формализованная) оценка такого рода роли и участия является предметом наук уголовно-правового цикла, прежде всего, психологии уголовного права.

При антропогенных катастрофах последствия связаны не столько с самим катаклизмом (чаще всего, форсмажорным обстоятельством), сколько с легкомыслием, непредусмотрительностью и фатализмом, свойственными человеческой природе. В то же время персональный человеческий фактор (злая воля, преступный умысел) практически без исключения не обнаруживается (гипотетически однако его наличие не исключается).

Характерным для природных бедствий является сравнительная краткость катаклизма, его громадные (по человеческим меркам) масштабы и разрушительность, причем психо-

патогенный потенциал этого вида ЧС усугубляется мощным воздействием на всех участников ЧС факторов утрашения (зрелища массовой гибели людей, вида трупов, разрушений, хаоса, дезорганизации и т. п.).

Кратковременность катаклизма делит участников ЧС на пострадавших и иных участников ЧС (в том числе ликвидаторов последствий катастрофы и спасателей, профессионально работающих в экстремальной обстановке и выступающих в роли свидетелей человеческого несчастья и страданий).

Пострадавшие в природном катаклизме подвергаются агрессии со стороны сверхмощных имперсональных физических некомфортных стимулов и могут получить психотравму сложной структуры:

- тяжелый психический стресс (реальная перспектива смерти в период природного бедствия как результат сочетанного действия физических стимулов и факторов утрашения);
- мощная фрустрация потребностей самоопределения (самосохранения) под воздействием пассивного внешнего стресса (блокада попыток спасения собственной жизни и здоровья);
- мощная фрустрация потребностей самоопределения (идентификации) под воздействием пассивного внешнего стресса (блокада попыток спасения родных, близких, имущества).

Предельная для антропогенных катастроф степень интенсивности психотравмы у пострадавших имеет место при пребывании в завалах. Здесь как в фокусе сходятся все психотравмирующие эффекты катастрофы, действие которых усугубляется массивным истощающим дискомфортом и телесными повреждениями, а также эффектом психологического раскачивания (колебания аффекта от надежды к отчаянию в ожидании спасения).

По-другому выглядит структура психотравмирующего воздействия антропогенных катастроф на континген-

ты иных участников ЧС (прежде всего, спасателей и ликвидаторов последствий природных бедствий):

- психический стресс (реальная опасность для жизни и здоровья), при условии специальной профессиональной подготовки, не выходит, как правило, за пределы экстремальной нормы;
- фрустрация потребностей самосохранения условно преодолевается путем формирования аффективно-идеаторных комплексов «выполнения благородной миссии» и/или «романтической профессиональной корпорации»;
- фрустрация потребностей самоопределения является значительно более психотравмирующей, в частности, крайне болезненно переживается чувство профессиональной беспомощности и бессилия.

Антропогенные катастрофы, как это следует из определения, предполагают непереносимое участие человеческого фактора в генезе катастрофы, выражающееся в неосторожности (небрежности или самонадеянности) операторов потенциально опасного производства или иного источника повышенной опасности, что создает возможность возникновения уголовно-правовой ситуации.

Антропогенные катастрофы, как правило, локальны и кратковременны, хотя в некоторых случаях могут сопровождаться многочисленными жертвами и крупномасштабными разрушениями, вынужденными эвакуациями и даже переселениями больших контингентов людей (ситуация экологического бедствия).

Роль персонального человеческого фактора разделяет участников ЧС на контингенты пострадавших (жертв катастрофы), операторов потенциально опасных производств и источников повышенной опасности (профессиональных корпорантов профиля аварии) и ликвидаторов последствий катастрофы (в том числе спасателей).

Пострадавшие при антропогенных катастрофах подвергаются агрессии со стороны мощных имперсональ-

ных физических некомфортных стимулов, т. е. имеет место ситуация блокады потребностей самосохранения и самоопределения под воздействием пассивного внешнего стресса, однако они ощущают себя жертвами преступного деяния, масштабы которого могут доходить до степени иррационального социального зла. Здесь, по сравнению с пострадавшими при антропогенных катастрофах, возрастает роль фрустрации потребностей самоопределения под воздействием активного внешнего стресса (ситуация «наказания без вины»).

У операторов потенциально опасных производств и источников повышенной опасности в структуре психотравмирующего воздействия резко преобладает доля фрустрации потребностей самоопределения под воздействием активного внешнего стресса (ситуация обвинения с переживанием «корпоративной вины»).

У ликвидаторов последствий аварий и спасателей можно отметить более высокую (по сравнению с ситуациями антропогенных катастроф) роль факторов устрашения и/или профессиональной вредности (тяжелого психического стресса), что может быть связано с физической природой последствий технологических аварий (например, наличием радиационно-химических вредностей).

Последствия антропогенных катастроф сближаются с последствиями социальных потрясений по своим социальне-негативным эффектам — разобщению людей, созданию атмосферы поиска и наказания виновных (с неизменным результатом «наказания невиновных и награждения нечастных»).

Антропосоциогенные катастрофы (социальные потрясения с эпизодическими катастрофическими последствиями) возникают в результате применения насилия и принуждения (угрозы насилием) в качестве способов разрешения социальных конфликтов. Насилие рассматривает разрушения, страдания и гибель людей как средство достижения преимуществ для стороны-победителя (факторы устрашения).

Участие персонального человеческого фактора (злой воли, направленной на принуждение) в генезе антропосоциогенных катастроф несомненно, однако юридически прямой преступный умысел труднодоказуем в силу культурно-исторического свойства человеческой природы искать причины антропосоциогенных катастроф в действии надличностного иррационального зла (в частности, тенденции создавать «образ врага»). В то же время трудно отрицать наличие косвенного умысла (допускающего катастрофические последствия) при принятии решения на выход из ситуации социального конфликта путем насилия (а не переговоров и поиска компромисса).

Контингенты жертв и участников антропосоциогенных катастроф весьма многообразны — беженцы и вынужденные переселенцы, заложники и жертвы незаконных политических репрессий, узники концлагерей и жертвы применения оружия массового поражения, участники боевых действий (военнослужащие и ополченцы), боевики бандформирований и террористы, военнопленные и интернированные и т. п. Для антропосоциогенных катастроф характерен дрейф мотивации вовлечения в конфликт (вчерашний зачинщик и активный участник может сегодня оказаться жертвой и *vice versa*).

Максимальный психический стресс (реальная перспектива смерти) характерен для ситуаций боевого контакта и постоянно повышенной боеготовности. Максимальная фрустрация потребностей самоопределения под воздействием активного внешнего стресса связана здесь с полной невозможностью произвольного выхода из ситуации. С другой стороны, сверхмощная фрустрация потребностей самоопределения связана в этих случаях с открытым взаимобвинением сторон конфликта именно в том, что составляет неотъемлемые права личности (национальность, вероисповедание, расовая принадлежность и т. п.) и поэтому не может быть предметом виновности. В то же время многовековая практика специальной подготовки вооруженных сил к участию в ситуациях боевого контакта направлена на снятие фактора фрустрации потребностей самоопределе-

ния. В результате такой подготовки ЧС боевого контакта и постоянно повышенной боевой готовности «должны» характеризоваться обезличенностью чрезвычайной угрозы для жизни и здоровья. Максимальной же выраженности фрустрация потребностей самоопределения под воздействием активного внешнего стресса достигает у невольных жертв социальных потрясений (например, у беженцев, заложников, узников концлагерей).

Таким образом, рассмотренные три вида катастроф различаются по структуре психотравмирующего воздействия в двух аспектах:

— во-первых, по мере нарастания предположительной роли «человеческого фактора» в генезе катастрофических последствий ЧС имеет место возрастание доли фрустрации потребностей самоопределения (переживаемой как кризис самоопределения, *identity crisis*);

— во-вторых, по мере нарастания предположительной роли «человеческого фактора» в генезе катастрофических последствий ЧС имеет место повышение значения внешнего активного стресса (предполагаемого «человеческого фактора») в генезе названной фрустрации.

Фрустрация потребностей самосохранения (блокада действий, направленных на выход из ситуации реальной перспективы смерти в ЧС) располагает лишь опосредованным потенциалом психоагрессии, через уподобление ее факторов факторам фрустрации потребностей самоопределения (это и есть роль личностных смыслов). С другой стороны, фрустрация потребностей первой внутренней реальности (гедонии и агрессии), наряду с характерным для ЧС истощающим дискомфортом, может рассматриваться (вместе с телесной травмой, хирургическим вмешательством) как соматопсихиатрическая основа для развития последующего психического и/или психосоматического расстройства.

Наконец, в структуре патогенного потенциала ЧС исключительно большую роль играет «ампутирующая психотравма» — утрата родных и значимых близких в катастрофе.

Таким образом, психотравмирующее воздействие ЧС может быть закономерно связано с двумя ее содержательными характеристиками:

- интенсивностью фрустрации потребностей самоопределения,
- местом внешнего активного стресса как фактора этой фрустрации.

Максимальных значений эти характеристики достигают лишь у весьма узкого круга переживших катастрофические события, например, у заложников, беженцев, людей, находившихся под завалами. Однако тенденция придавать всему происходящему личностный смысл психотравмирующих оттенков интерперсональных отношений реализуется в развернутой картине первичного Эго-стресса при любых видах ЧС у всех их участников.

Иными словами, фрустрация потребностей самоопределения, переживаемая как активная внешняя блокада свободы личности (*identity crisis*, кризис самоопределения), составляет существо чрезвычайной угрозы и содержание ЧС. «Нечеловеческая сила» чрезвычайной угрозы делает ЧС «третьим великим уравнителем» неотъемлемых прав человека.

Заключение по первой главе

При анализе особенностей психотравмы при ЧС нужно иметь в виду, что человек воспринимает внешнюю реальность постольку, поскольку в его сознании сформирована ее информационная модель — внутренняя реальность. Феномен удвоения информационных моделей реальности во внутреннем мире человека выражается в наличии двух знаковых систем — объективных (обобщимых) индивидуальных значений и субъективных (асоциативных, метафорических) значений, личностных смыслов внешней реальности. Первая из названных систем осуществляет информационное обеспечение потребностей выживания (адаптационной психодинамики) и реализуется установками гедонии и агрессии. Вторая (реальность воображения) осуществляет информаци-

онное обеспечение потребностей жизнедеятельности (освоения человеческой реальности, мира интерперсональных отношений) и реализуется установками мифотворчества и магического действия (заклинания). Совместное действие четырех названных установок выражается в создании идеализированного Эго-образа (Я-концепции), который отличается как от Эго-идеала, так и от актуального Эго-ресурса, но всегда в какой-то степени идеалистичен.

Субъективная двойственность переживания тревоги может рассматриваться как одна из основ двойной информационной модели внешней реальности в сознании человека. Тревога — это страдание, переживаемое во внутренней реальности человека как предвосхищение еще большего страдания. Субъективно тревога переживается либо как опасность, либо как угроза. Иррациональная тревога-угроза является одним из краеугольных камней реальности воображения, она патогенна по определению и само ее наличие отражает фрустрационную регрессию психики. Пределом такой регрессии аффекта выступает страдание (чаще всего в виде феномена алекситимической психалгии).

Именно чрезвычайная угроза жизни, здоровью и благополучию человека, иррациональная, абсурдная реальность, «горячий лед», в пределе — гиперреальная перспектива «внезапной» по М. А. Булгакову («Мастер и Маргарита») смерти, необратимого небытия, служит основным фактором психоагрессии при ЧС. Однако в силу функциональных особенностей внутренней реальности человека (удвоение информационной модели реальности в индивидуальном сознании) многочисленные факторы психоагрессии, в конечном счете, конвергируют в активную внешнюю блокаду (фрустрацию) потребностей самоопределения. Поэтому в роли первичного сложноорганизованного психопатологического синдрома в очаге ЧС выступает травматический Эго-стресс (стресс осознания новой, психотравмирующей реальности, первичный *identity crisis*) с его типичной клинической картиной.

Иными словами, ЧС производит мощнейшее повреждающее вмешательство (психоагрессию) в ранее сложившиеся системы идеализированного Эго-образа и интерперсональных отношений человека. Суть этой психоагрессии заключается в посягательстве внешних обстоятельств (антропогенного или, по крайней мере, антропоморфизируемого «великого уравнивателя» ЧС) на неотъемлемое право человека не просто «жить», но, прежде всего, «быть». Развивающаяся при этом фрустрационная регрессия аффекта лежит в основе психопатологических последствий ЧС.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА ПРИ ЧС

И произошла на небе война: Михаил и ангелы его воевали против дракона, и дракон и ангелы его воевали против них.

Откровение Святого Иоанна Богослова. 12;7

Понятие конфликта является краеугольным камнем теории неврозов в классическом психоанализе. Согласно определению конфликт — душевная (внутриментальная) борьба, причиняемая одновременными операциями (определение подчеркивает оперативный аспект борьбы. — Н. П.) противоположных или взаимоисключающих побуждений, импульсов, желаний, внешних или внутренних потребностей. В различных контекстах принято синонимическое использование ряда понятий «конфликт», «интрапсихический конфликт», «внутрипсихический конфликт», «психический конфликт», «внутренний конфликт» (далее в тексте используется понятие «интрапсихический конфликт» — ИПК).

Существуют две основные тенденции понимания содержательной стороны ИПК. Последователи школы адаптивной психодинамики Ш. Радо ориентируются на психофизиологический (объективный) аспект внутрипсихической борьбы побуждений и запретов, тогда как последователи

социо-культурной теории неврозов К. Хорни — на глубинно-психологический (субъективный, личностно-смысловой) аспект этой борьбы.

В рамках концепции адаптационной психодинамики (психической и психофизиологической адаптации человека) Ф. Б. Березин предлагает отграничивать два типа ИПК: конфликт между путем и результатом и двойной конфликт между путем и результатом.

Конфликт между путем и результатом. Существуют две стороны этого единого типа: нежелаемый путь к желаемому результату (аверсия — аппетенция) и желаемый путь к нежелаемому результату (аппетенция — аверсия), различаемые временными параметрами организации поведения.

Двойной конфликт между путем и результатом (возникает при одновременном наличии двух тенденций — влечения и избегания). При этом обе возможные линии поведения могут быть равно привлекательными (аппетенция — аппетенция) или непривлекательными (аверсия — аверсия).

Представляется, что в рамках адаптационно-психодинамического подхода речь идет не о внутреннем конфликте, а о противоречии (столкновении, конфронтации, борьбе) мотивов — побудителе активного освоения реальности. Невротический же конфликт (собственно ИПК) подразумевает первичную интерперсональную деструктивность побуждения, необходимость выбора между добром и злом.

В этом смысле культурно-социологическая теория неврозов подчеркивает ключевую роль структурной иерархии ИПК в невротической эволюции личности, когда связывает закономерно прогрессивное течение невротического процесса с последовательной кристаллизацией из множества актуальных внутренних конфликтов «базового конфликта» (между тремя основными установками интерперсональных отношений «движения к людям», «движения против людей» и «движения от людей») и последующим перерастанием базового конфликта в центральный внутренний конфликт, ко-

торый по мере углубления невроза ведет к разрыву (расколу, split) между идеализированным образом и актуальным Эго.

С психоаналитической точки зрения невроз как собственно психическое расстройство (продукт тщетных усилий по возведению иллюзорно-эффективных защитных конструкций, предпринимаемых психическим аппаратом, в конечном счете, в связи с несопоставимостью информации о подлинном положении вещей в сфере интерперсональных отношений с идеализированным Эго-образом, Я-концепцией) имеет место до тех пор, пока существует (и может быть обнаружен) лежащий в основе патологического процесса ИПК.

В этом смысле следует особо подчеркнуть локализацию внутренней душевной борьбы при центральном интрапсихическом конфликте — ментальные, т. е. вторичные психические процессы (самоуправление, самоконтроль, самооценка и другие аспекты самости), информационное обеспечение интегративной и координаторной функций Эго.

Два отличительных свойства невротического ИПК таковы: — неосознаваемость глубинной деструктивности побуждений и сопротивление попыткам поставить Эго перед лицом фактических результатов подобной деструктивности;

— прогредиентность невротического процесса (иллюзорно-виртуальная эффективность защитных конструкций) с централизацией конфликта вплоть до интраментального раскола (split).

Эти свойства объясняют роль ИПК в процессуально-невротической последовательности «стресс — конфликт — тревога — защита — клиническая картина невротической организации (эволюции личности)».

Представляется, однако, что закономерности психопатологических последствий ЧС не охватываются полностью концепцией невротического процесса и лежащей в его основе централизации ИПК.

В связи с изложенным представляется целесообразным рассмотреть две структурно-динамические характеристики внутреннего конфликта при ЧС:

- особенности внутреннего конфликта на начальных этапах эволюции личности участников ЧС (взгляд на психопатологические последствия ЧС как на психопатологию тревоги);
- особенности внутреннего конфликта на отдаленных этапах эволюции личности участников ЧС (взгляд на психопатологические последствия ЧС как на психопатологию страдания).

2.1. Невротический конфликт как психопатология тревоги

— Во всем виновата жара, — произнесла Фишер. — Она будит в людях самое худшее.

— Да, — кивнул Хок. — Но только тогда, когда есть, что будить.

Саймон Грин «Хок и Фишер»

Взгляд на особенности невротического ИПК как на психопатологию тревоги является традиционным для психоаналитически ориентированной психиатрии. Невротическая (иррациональная, сигнальная, патологическая) тревога (чувство беспомощной подверженности неопределенной угрозе), переменная производная психического (эмоционального) стресса считается «стволом невротической организации» и признается ответственной за большую часть расстройств, с которыми психиатры имеют дело в своей повседневной практике.

Принято считать, что обычный (стандартно-популяционный) путь процессуальной невротизации связан с накоплением потенциально деструктивных побуждений, т. е. первичный (original) невротический конфликт возникает между влечением и социальным запретом, а иррациональная тре-

вога служит сигналом (субъективным выражением угрожающего масштаба) этого накопления. Собственно, само различие между классическим и культурно-социологическим пониманием невроза может быть условно сведено к биполярному представлению об исходной интерперсональной разрушительности первичного драйва, т. е. агрессивного-гедонистических побуждений (позиция З. Фрейда) или исходной неправомерности социального запрета на модус их удовлетворения (позиция Э. Фромма).

В литературе отмечается, что тезис об исходной разрушительности первичного драйва не был в достаточной степени разработан З. Фрейдом. В связи с этим можно отметить, например, что принцип небытия (вторая сторона первичного драйва) не тождествен понятию Танатоса (инстинкта смерти), а понятие Деструдо (стремление к разрушению) не тождественно понятию агрессии (у человека — агрессивной установки).

Во-первых, внутреннее противоречие двуединой структуры первичного драйва (принцип удовольствия — принцип небытия) подразумевает живое, желаемое и обратимое небытие (блаженство, покой, забвение) и поэтому внутренний конфликт совсем не неизбежно деструктивен интерперсонально.

Напротив, это внутреннее противоречие выступает побудителем конструктивного освоения реальности, формирует конъюнктивные переживания, что призвано способствовать установлению интерперсональных взаимоотношений, а не их разрушению.

Во-вторых, существует принципиальное различие между Деструдо (стремлением к разрушению) и агрессией (в том числе агрессивной установкой первой внутренней реальности человека). Агрессивная установка (как человеческий эквивалент агрессии — биологической характеристики психики и поведения хищных животных) предполагает наличие «направленности на объект» — целей устранения (преодоления) живого (или анимизируемого) препятствия на пути

к удовлетворению потребности, а не целей разрушения (уничтожения) этого препятствия. Напротив, Деструдо представляет собой комплекс, «аффект-идею» пути к необратимому небытию (смерти) через страдание, что подразумевает уничтожение жизни с целью разрушения бытия личности. Иными словами, феномены деструктивности существуют только в реальности воображения человека как способ разрешения болезненных проблем интерперсональных отношений — деструктивные побуждения в действительности направлены не против жизни (своей и/или других), а против «образа врага — источника потенциальной угрозы», продукта экстернализации (концептуализации) невротического ИПК. В этом смысле представление о Танатосе (инстинкте смерти как вершине деструктивных побуждений) является метафорой, Эго-дисторсией, аффект-идеей первично неосознаваемого побудителя (драйва) — «Хроноса (инстинкта небытия)». Поэтому можно говорить о том, что первичный драйв («Эрос—Хронос») является общим ключевым феноменом обеих внутренних реальностей, информационной (идеальной) моделью, обеспечивающей реализацию агрессивно-гедонистических побуждений социально-приемлемым образом.

Отличительной характеристикой интерперсональной деструктивности является требование энергозатрат, заведомо и далеко превосходящих актуальный агрессивно-гедонистический Эго-ресурс. Именно здесь кроется экономическая (патологическая) сущность невротического ИПК, закономерно ведущая к замещению процессов активного освоения мира (душевная гармония на базе избытка энергии, управляемой первичным драйвом) процессами адаптационной психодинамики (накоплением интерперсональной деструктивности — невротизма).

Поскольку естественным способом реализации потенциально деструктивных побуждений у человека выступает, в любом случае, агрессивно-гедонистическое поведение, в структуре любого невроза может быть обнаружена вторич-

ная интрапсихическая блокада агрессивно-гедонистических импульсов (обнаруживаемая, в частности, методами психодиагностики). Таким образом, интерперсональная деструктивность служит глубинно-динамической (собственно невротической) характеристикой личности, не связанной, однако, с исходными (биологическими) характеристиками психического аппарата (свойствами первичного драйва и установок выживания).

В связи с этим естественна следующая постановка вопроса: неизбежен ли невротизм как расплата за первичную интерперсональную деструктивность реализации агрессивно-гедонистических побуждений человека? По-видимому, в современном мире интерперсональная деструктивность, действительно, является феноменом человеческой реальности воображения и сопутствует первичному драйву; однако есть все основания считать ее продуктом неправильного воспитания (в том числе культурно-исторических основ подобного воспитания — несовершенства социальной организации общества). Напротив, нет никаких оснований считать, что удовлетворение агрессивно-гедонистических побуждений человека с необходимостью носит интерперсонально деструктивный характер.

Однако структурно-информационная возможность невротизма (актуального и конституционального) заложена в самой организации (удвоении) внутренней реальности человека, исходной идеалистичности Эго-образа (Я-концепции). Несомненно, существует культурно-исторический (популяционно-статистический) уровень исходного невротизма — включенности деструктивных побуждений (и, следовательно, интрапсихической блокады агрессивно-гедонистических побуждений) в структуру личности реального человека (реального поколения людей). Названный популяционный уровень подобного невротизма теоретически должен из поколения в поколение снижаться по мере социального прогресса (социальное изживание первичного невротизма).

В обыденной жизни клиническая картина невроза возникает при внутренне (в том числе органически) обусловлен-

ной недостаточности Эго-ресурса (психофизиологического обеспечения интегративной функции Эго).

Именно в этих условиях актуализируется дремлющая в реальности воображения (латентная) интерперсональная деструктивность. С психоаналитической точки зрения неблагоприятно текущий невротический процесс может быть охарактеризован как постепенное углубление интрапсихического конфликта вплоть до раскола между идеализированным образом и актуальным Эго, которое находит свое выражение в поэтапном утяжелении клинической картины психических расстройств (актуальный невроз — психоневроз — нарциссический невроз).

Последний, нарциссический этап собственно невротического процесса характеризуется высокой степенью централизации ИПК — трагическим самообвинением в интерперсональной деструктивности и/или расколом между Эго-образом (Я-концепцией) и актуальным Эго (прежде всего, стереотипом реализации агрессивно-гедонистических побуждений). На этом этапе невротического процесса преобладают механизмы аффективной Эго-защиты с игнорированием реальности или, напротив, обесцениванием потребностей. Клиническая картина при этом приобретает характерный отблеск аффективных расстройств. Присоединение Эго-защиты концептуализацией, проекцией вины и, возможно, Эго-анакорезом и Эго-мифизированием отражает усложнение клинической картины за счет развития явлений «невроза регрессии», аффективно-бредовых и шизоаффективных расстройств. Если психопатология тревоги (первичный невротизм — интерперсональная деструктивность) иллюзорна, то психопатология страдания (аутодеструктивность), выходящая на первый план на нарциссическом этапе невротического процесса — виртуальна. Клиническая картина шизоаффективных и аффективно-бредовых расстройств (в том числе с выраженным аффектом метафорического недоумения), психотическая по своей тяжести, уже содержит признаки умножения феноменов ментального автоматизма.

При изучении периода раннего семейного воспитания пациентов с выраженными явлениями нарциссического невроза заметны три обстоятельства:

- систематическое нереалистическое завышение «планки требований» к обучению ребенка сложным видам деятельности;
- признаки гиперидентификации матери со своим ребенком (в частности, стремление «взять ответственность» за действия ребенка на себя);
- тенденция к игнорированию половой идентификации и возрастного психофизического развития ребенка.

Возможно, поэтому клиническая картина нарциссического этапа невротического процесса неразрывно связана с тенденциями социального реформаторства и лишь чрезмерная выраженность возникающих при попытках реализации этих тенденций проблем (связанная с болезненными переживаниями гордыни или уныния) приводит человека к врачу-психиатру (при наличии клиники аффективных и шизоаффективных расстройств).

Иначе обстоит дело при ЧС.

Чрезвычайная угроза обрушивается на психику как внешний фактор, воздействие предельно некомфортных условий, «гром среди ясного неба», порождая мощный когнитивный диссонанс, актуализируя самые незначительные латентные деструктивные побуждения и, таким образом, создавая ситуацию тотальной ревизии (стресс осознания, identity crisis) внутренней реальности (идеализированного Эго-образа, Я-концепции).

Логично было бы ожидать формирования клиники, аналогичной травматическому (боевому) неврозу, в том числе, PTSD. Однако изучение клиники психопатологических последствий отечественных ЧС убедительно показывает, что ранние и среднесрочные (до пяти лет) психопатологические последствия ЧС у населения России с самого начала принимают вид прогрессивного невротического процесса, известным этапам которого (*стресс — конфликт — тревога —*

защита — невроз) предшествует мощная психоагрессия (стресс/фрустрация).

Поэтому особенности ИПК при ЧС могут рассматриваться в нескольких различных аспектах.

Фундаментальный аспект. Чрезвычайная угроза первоначально фрустрирует инстинкт самосохранения. В последующем, однако, на первый план выходит фрустрация потребностей самоопределения. Суть ситуации «выживания любой ценой» заключается в блокаде чувства внутренней свободы и самооценности (переживания Пьера Безухова в горящей Москве) чрезвычайной и гиперреальной угрозой необратимого небытия (смерти). Тем самым порождается интрапсихический конфликт между стремлением «жить» (инстинктом самосохранения) и потребностями самоопределения (попытками поддержания идеализированного Эго-образа). Актуализация латентных деструктивных побуждений замещает процессы внутренне свободного и ответственного освоения мира тенденциями адаптационной психодинамики — развивается первичный (оригинальный, инстинктивный) интрапсихический конфликт. Клинически эта последовательность проявляется аффективно-шоковыми (острыми психоневротическими) реакциями и лишь затем — синдромом Эго-стресса.

Идеалистический аспект. Мощная психоагрессия переживается как несвобода, несчастье, унижение и оскорбление личного достоинства и чувства самооценности. ЧС ставит человека перед неопровержимыми фактами бренности земного, тленности телесной оболочки, тщетности честолюбивых усилий. Таким образом, интрапсихический конфликт при ЧС изначально несет центральный, интраментальный, в высшей степени идеалистический характер — внутренней борьбы, в конечном счете, между гордыней и смирением, с угрозой раскола внутри идеализированного Эго-образа. Следует подчеркнуть, что линия этого раскола чрезвычайно и непредсказуемо причудлива (каким был когда-то и процесс кристаллизации идеализированного Эго-образа). Подобный тотальный конфликт, своего рода интрапсихическая «гражданская вой-

на», вовлекая в сферу боевых действий все новые силы, истощает Эго-ресурс, ведет к перенапряжению интегративной функции Эго и несет в себе угрозу раскола Эго-образа (аутистической деформации личности).

Аспект предельности конфликта. ИПК внутри Эго-реальности носит структурно-информационный характер. Его конфликтующие стороны — объективные и субъективные индивидуальные значения, два аспекта Эго-реальности. Такая степень централизации ИПК знаменует ситуацию «*plus ultra*» в невротической эволюции личности. В литературе описаны Эго-защиты, действие которых направлено на изоляцию болезненных переживаний при центральном ИПК. Однако изоляция элементов удвоенного вербального кода, которым представлена Эго-реальность (внутри этой Эго-реальности болезненные переживания обретают смысл) должна осуществляться биологическим (а с учетом электрохимической природы сигнала — аутоиммунным) процессом. Поэтому идеалистический вариант центрального ИПК является предельным. По достижении некоего *point de non-retour* он переходит в психобиологический конфликт: в этом суть, в частности, «ядерной» шизофрении как аутоиммунного метаневроза.

Аспект актуализации нарциссизма. Среди проявлений нарциссической фиксации *libido* у участников ЧС едва ли не самым заметным является так называемая «нарциссическая обида» — легкое возникновение чувства униженного и оскорбленного собственного достоинства и самооценности из-за того, что окружающие (референтная группа) «обращаются с ним, как с маленьким». Идеалистический (центральный) интрапсихический конфликт, порождая чувство несвободы и беспомощности, актуализирует первичный нарциссизм, способствует отрыву *libido* от внешних объектов и его вторичной фиксации на идеализированном Эго-образе, что, в конечном счете, только ускоряет аутистическую трансформацию личности и формирует клиническую картину нарциссического невроза. Важную роль в актуализации нарциссизма

у участников ЧС играет «культурное наследование» — устойчивые особенности этнической культуры, прививающей чрезмерный идеализм в период ранней социализации (можно отметить, что это одна из основных проблем психотерапевтической практики).

Следует также подчеркнуть интраментальность локализации идеалистического варианта центрального ИПК. Выдающимся литературным примером интраментальности ИПК является эротоманическая «любовь Дон-Кихота» — восхищение прекрасной дамой Дульсинеей сочетается с пренебрежением к реальной женщине Альдонсе: между тем — это одна и та же женщина.

Интрапсихическая война информационных моделей может выражаться также в упорных (и нереалистических) попытках самосовершенствования. Например, у спортсменов наблюдаются «перетренировки», вплоть до инициации биологического (аутоиммунного) конфликта. Другим вариантом выражения интрапсихической «гражданской войны» выступает социальное поведение человека, постоянно фрустрирующего потребности самоопределения окружающих с целью поддержания чувства самооценности. Характерной особенностью идеалистического мировосприятия является расхождение между реальным (более или менее скромным) социальным статусом (имущественным положением) и иллюзорным чувством принадлежности к власти имущей референтной группе.

Для нарциссических невротиков характерно нежелание решать практические вопросы, стремление «решить все вопросы одним ударом», тенденция к поиску «единого решения всех вопросов», часто путем обращения к «магическому помощнику», переоценка своей способности к «глобальным решениям».

Если предположить, что прогресс социальной организации закрепляется в поколениях как продукт изживания невротизма (интерперсональной деструктивности), то знаменитая фраза нашего времени: «Хотели как лучше, а получилось как всегда» наполняется новым смыслом — виртуаль-

ной иллюзорности попыток насильственного «улучшения» человеческой природы вместо продуманного и неспешного совершенствования социальной организации.

Еще более горьким плодом конфликта между двумя частями внутренней реальности может выступать и невротическая идеология, сущностью которой является разрыв (раскол) между декларируемыми ценностями и практикой социальной реорганизации. При успехе такой идеологии формируется нарциссическая личность, для которой характерны преувеличенное чувство собственной значимости, эксгибиционистская потребность во внимании и восхищении, болезненная реакция на критику или неуспех, чувство права на привилегии без соответствующих обязанностей, эксплуатация других с пренебрежением к их правам и переживаниям.

Необходимо также дополнительно рассмотреть предельный характер ИПК при ЧС. Можно отметить наличие двух уровней «биологизации» интрапсихического конфликта — нейромодуляторный (собственно соматический) конфликт носителей сигналов первичных психических процессов (комфорта и благополучия) и информационный (по-видимому, аутоиммунный) конфликт носителей вербального кода. Этот вербально-знаковый код является общим для двух систем внутренней реальности, но в реальности воображения его отличительным свойством служат метафоричность и ассоциативность, в связи с чем раскол идеализированного образа и переводит интрапсихический конфликт в психобиологический (аутоиммунный).

Представляется возможным говорить о структурной автономии интегративной и координационной функций Эго, объединяемых в высшую — властную функцию Эго в структуре Эго-образа.

Некоторые критерии психического здоровья таковы: разумная независимость, уверенность в себе, самоуправление, работоспособность, способность нести ответственность и предпринимать усилия, надежность, настойчивость, способность договариваться и работать с людьми, сотрудничество,

способность подчиняться авторитету, правилам и работать в трудных условиях, способность проявлять дружбу и любовь, способность давать и брать, терпимость к другим и выносливость к фрустрации, способность содействовать другим, чувство юмора, преданность другому, способность отдыхать, например, находить хобби.

Принято считать, что эти качества психического здоровья обеспечиваются интегративной функцией Эго, критерием сохранности которой служит способность «впрячь в одну упряжку коня и трепетную лань».

Однако в реальной жизни речь идет скорее об образе из басни И. М. Крылова «Лебедь, щука и рак» — необходима не просто интеграция, а управление (функция, намек на которую в современных компьютерах исполняет устройство CMOS — Complementary Molybden-Oxide-Semiconductor, имеющее, кстати, автономное низковольтное питание). Человеческое Я (ядро идеализированного Эго-образа, Эго-чувство) складывается к 3-летнему возрасту: как информационная модель оно существует в реальности воображения в тесной связи с информационной моделью первичного драйва «Эрос—Хронос». Существо управленческой (властной) функции Я — внесение и поддержание порядка (личностного смысла) в хаос диссипативной обезличенности, превращение жизни в бытие, т. е. присвоение управления психическими процессами, связь Эго-образа (Я-концепции) с реальным временем и смыслообразующей памятью.

Центральный (интраментальный, идеалистический) невротический ИПК, ведущий к аутистической деформации личности в попытках избежать раскола (*split*), тем не менее не отчуждает ее властную функцию (самоуправление). Однако он создает условия для биологического (аутоиммунного) процесса, способного ее отчуждать.

Таким образом, чрезвычайная угроза внезапно и одноmomentно порождает (актуализирует) самый мощный первичный (инстинктивный) ИПК — конфликт между двумя

составляющими инстинкта самосохранения, стремлением «жить» и стремлением «быть». Одновременно мощный ИПК угрожает расколоть идеализированный Эго-образ — конфликт разворачивается внутри Эго-реальности человека. Этот идеалистический вариант центрального ИПК характеризует предел собственно невротической эволюции личности (нарциссический этап невротического процесса — своего рода интрапсихическая гражданская война). Усугубление процесса угрожает его переходом из области собственно психопатологии (невроза) в область иммунопатологии психических и психосоматических процессов (метаневроза).

2.2. Метаневротический конфликт как психопатология страдания

Смерть, трепет естества и страх!
Мы — гордость с бедностью
совместна;
Сегодня Бог, а завтра прах;
Сегодня льстит надежда лестна,
А завтра: где ты, человек?
Едва часы протечь успели,
Хаоса в бездну улетели,
И весь, как сон, прошел твой век.

*Г. Р. Державин
«На смерть князя Мещерского»*

Процессуальный (вяло-прогредиентный) характер психопатологических последствий ЧС может быть также рассмотрен с иной точки зрения — психопатологии страдания. При этом, подобно тому, как термин «психопатология тревоги» подразумевает иллюзорную невротическую защиту от болезненных переживаний иррациональной угрозы (патологической, сигнальной тревоги), термин «психопатология страдания» подразумевает гиперреалистическую, виртуальную защиту от невыносимых переживаний душевной боли (алекситимической психалгии).

Представляется, что психопатология страдания может рассматриваться в двух аспектах.

1. Как проявление нарциссического этапа невротического процесса. Уже отмечалось, что нахождение в очаге ЧС сопровождается автоматической регрессией психики на подростковый уровень (у пострадавших — и более глубокие уровни). Регрессия аффекта может, минуя этап иррациональной (сигнальной) тревоги, сразу же переходить на этап алекситимической психалгии (собственно страдания). Психопатология фрустрационной регрессии (как уже отмечалось, первой по значению патогенной Эго-защиты в ЧС) может предшествовать Эго-защите реактивными формированиями (преобразованием иррациональной тревоги в болезненные переживания вины, стыда и отвращения) и сразу проявляться включением механизмов аффективной Эго-защиты и концептуализации (что при обычной эволюции невротического процесса дает клиническую картину присоединения аффективных и аффективно-бредовых расстройств).

Важно подчеркнуть, что речь не идет о развитии явлений ментального автоматизма; фрустрационная регрессия аффекта ложится в основу неуклонной централизации невротического ИПК, его перехода в мстаневротический, психобиологический конфликт (ПБК) с развитием интрапсихической (виртуальной) блокады агрессивно-гедонистических побуждений и дальнейшей клинической эволюцией психопатологических последствий ЧС (преобразования невротического процесса в основные варианты метаневроза).

В этом смысле ПБК и интрапсихическая блокада агрессивно-гедонистических побуждений имеют «такой же смысл, как отсрочка неизбежной смерти больного даже ценой определенных повреждений в его организме» (Януш А. Зайдель «Предел») — защиты от аутоиммунного метаневроза шизофрении, от утраты «самости».

2. Как естественная характеристика земного пути человека. Если интерперсональная деструктивность не являет-

ся изначально присущей человеческой психике, то витальная реализация человеком собственных агрессивно-гедонистических побуждений в изменяющихся и не всегда комфортных условиях, в конечном итоге, разрушает тело человека и неуклонно ведет к биологическому старению и смерти; Хронос (инстинкт небытия) имеет также второе воплощение — невозвратимость прошедшего (*Fugit irremparabile tempus*). Именно в этой биологической необратимости жизни кроется суть второго аспекта психопатологии страдания.

Систематическое воздействие некомфортных условий жизнедеятельности на организм человека (астенизирующий дискомфорт как фактор психосоматизации) само по себе постепенно сменяет процессы активного освоения мира процессами адаптационной психодинамики. Происходит это двояким образом:

- субъективная некомфортность воздействия стимулов окружения может быть связана с первичной слабостью (интегративной функции) Эго,
- объективная некомфортность воздействия стимулов окружения может быть связана с чрезмерностью причиняемого страдания.

Как уже отмечалось, ЧС характеризуется именно причинением «непомерных страданий и непосильных испытаний» (Г. Брянцев «По тонкому льду»). Психоагрессия при ЧС ставит человека перед лицом страдания, причиняемого бренностью тела, тщетностью усилий, иллюзорностью планов и ожиданий, невосполнимости утрат и потерь (в результате «ампутирующей» психотравмы). Это, в свою очередь, обнаруживает проблему индивидуального Эго-ресурса — запаса душевных и физических сил и средств для преодоления «кризиса самоопределения», закономерно возникающего на основе опыта ЧС. Представление об Эго-ресурсе непосредственно связано с психопатологией страдания: психотерапия страдания подразумевает активный поиск источников реального утешения (подробнее об этом в гл. 3, раздел 3.2). Важно, что для Эго-реальности современного этнокультурного

русского «москвиты» государство предстает как гарант и источник реального утешения (к сожалению, нередко как «магический помощник»).

В данном контексте представление о бренности тела приобретает особую значимость. Основа бытия (удовлетворения потребностей самоопределения) — биологическая жизнь, подразумевает естественную реализацию агрессивно-гедонистических побуждений. Это обстоятельство предполагает возможность двойственного отношения к поддержанию биологической жизни (а не бытия!) — биофилии и некрофилии (примирения с «грязной» основой бытия и в том числе гиперхондрических тенденций и/или внутреннего протеста против нее, включая аскетические тенденции). В этом смысле, метафора Танатоса (аффект-идея биологической смерти, Эго-дисторсия Хроноса, инстинкта небытия) связана именно с фактом бренности тела.

Однако чрезмерное, идущее не от Бога, а от людей, страдание (уже отмечалось, что субъективно источник чрезмерного страдания всегда персонифицируется) присуще не просто жизни, но бытию человека на земле.

Это страдание и в обыденной жизни предстает не столько в виде физической боли и мучений, сколько в виде душевной боли — психалгии, предельной формы фрустрационной регрессии аффекта. Представляется, что именно феномен алекситимической психалгии играет решающую роль в преобразовании невроза интерперсональной деструктивности в метаневроз саморазрушения.

Мертвые не страдают, страдают оставшиеся в живых. Изучение клиники психопатологических последствий ЧС показывает, что с определенного момента невротические закономерности (в частности, критерий интерперсональной деструктивности) перестают охватывать наблюдаемую последовательность клинической динамики: возникает картина метаневротического (саморазрушительного) процесса.

Представляется, что в основе этого процесса лежит психобиологический (метаневротический) конфликт — новое

качество интрапсихического конфликта, приобретаемое им в условиях регрессии психики. Можно сказать, что это конфликт усталости, утраты смысла жизни, столкновение биофилических и некрофилических тенденций, конфликт между стремлением жить и стремлением уйти из жизни, между принципом удовольствия (живого небытия) и аутистической аффект-идеей (дисторсией) инстинкта небытия (Хроноса) — Танатосом; в конечном итоге, между жизнью и смертью.

При этом конфликте противостоят инициированные невротическим конфликтом процессы саморазрушения (биологическая сторона конфликта) и идеалистические установки мифотворчества и магического действия (Эго-дисторсия), инстинкт самосохранения (агрессивно-гедонистические побуждения) и его вторая сторона — потребности самоопределения.

Таким образом, предельный (центральный) конфликт между двумя сторонами внутренней реальности человека (информационными моделями агрессивно-гедонистической природы человека и реальности его воображения), собственно метаневротический (аутоиммунный) конфликт, несет угрозу ментального автоматизма. Переход его в ПБК «сохраняет самость ценой саморазрушения», что и окрашивает специфически клиническую картину метаневротического процесса (психозы, слабоумие, суицидальность, антисоциальность, болезни, инвалидность, снижение качества жизни и преждевременная смерть). В противоположность ИПК носителем саморазрушительных побуждений при ПБК выступает идеалистическая дисторсия Эго-образа. Связанная с ней аутоиммунная блокада разрушает стереотип удовлетворения агрессивно-гедонистических побуждений (телесную основу Эго-образа, первую внутреннюю информационную модель реальности) и инициирует процесс саморазрушения.

В связи с изложенным представляется целесообразным взглянуть на психопатологический процесс как на категорию общей патологии.

Человеческая психика может рассматриваться одновременно и как орган, обеспечивающий выполнение ряда функций жизнеобеспечения, и как процесс исполнения этих функций.

Как орган психический аппарат человека формируется, развивается и функционирует в условиях стресса и фрустрации. Однако, как это видно на примерах ЧС, фактором пластики (и патопластики) выступает только фрустрация, поскольку подверженность стрессу, в конечном итоге, переживается как активная внешняя блокада (фрустрация) потребностей самоопределения (по крайней мере, это утверждение распространяется на современных жителей России). При воздействии комфортных условий на организм фрустрация и стресс предстают в виде полезных, тренирующих психический аппарат, факторов, а при воздействии некомфортных условий — в виде повреждающих, травмирующих психику патопластических факторов (психоагрессия, переживание беспомощной подверженности угрозе).

Представление об эмоциональном и мотивационном континуумах как самостоятельных структурных элементах психического аппарата подразумевает, с одной стороны, наличие биологического (сестественного) стандарта (и, соответственно, диапазона популяционной нормы) комфортности физических стимулов, а с другой, наличие подобных же характеристик настройки (заданных порогов реактивности) регуляторных систем организма.

В этом смысле часть психического аппарата, исполняющая интегративную Эго-функцию, может рассматриваться как компьютер, который при осуществлении вторичных психических (ментальных) процессов использует программу низкоэнергетических информационных (вербальных и иных знаковых) моделей объективной реальности (удвоенную внутреннюю реальность).

Два обстоятельства существенны для работы этого «компьютера»:

1) сигнал можно рассматривать как последовательность элементов его носителя, поэтому информационное взаимодействие осуществляется постольку, поскольку есть соответствующее носителю сигнала приемное устройство. В связи с этим для осуществления функций психического аппарата важное значение имеют способы и средства внутримозгового перекодирования и запоминания (записи, хранения и воспроизведения) информации первичного сенсорного притока;

2) организм человека представляет собой электрохимическую машину второго рода, реализующую необратимые процессы (134), что распространяется и на информационные процессы в головном мозге человека. В связи с этим при осуществлении функций психического аппарата важное значение имеет электрохимия белкового обмена, осуществляющая вторичные информационные процессы в головном мозге (в частности, явления иммунитета и иммунопатологии). С другой стороны, носителями сигналов благополучия и комфорта (первичных психических процессов) в организме человека являются нейромедиаторы и нейромодуляторы, каждой химической группе которых, по-видимому, соответствует свой тип приемных устройств (рецепторов).

Метаболическая (электрохимическая) природа первичных информационных процессов накладывает на их реализацию заметный отпечаток закономерной (возрастной) эволюции системы нейромодуляторного регулирования психосоматических соотношений.

Как процесс психическая жизнь индивидуума характеризуется закономерной (возрастной) этапностью. В психической жизни человека могут быть отграничены три этапа мотивационной эволюции: поиска наслаждения, поиска покоя и поиска забвения. На жизненном пути человека эти этапы характеризуются, соответственно, преобладанием мотивов освоения новизны («радость бытия») в период развития, молодости и ранней зрелости; забот и тревог

(«жизненная рутина») в период поздней зрелости и пресениума и, наконец, психотравмирующей реальности на фоне упадка сил («неизбежное страдание опыта жизни») в период сениума.

Можно отметить две характеристики психической жизни как мотивационного процесса:

— соотношение поступления и расхода энергии в три указанных периода закономерно сменяется от преобладания поступления к динамическому равновесию и, далее, к преобладанию расхода, на фоне чего разворачивается неуклонное снижение психосоматических функций;

— мотивационная эволюция психической жизни закономерно связана с неуклонным нарастанием количества страдания. С течением времени это ведет к преобладанию иррациональной тревоги, а затем душевной боли — постепенному преобразованию невротического конфликта в метаневротический.

Эти явления отражают динамику процессуальной (витальной) эволюции заданных порогов реактивности (естественный сдвиг настройки) нейромодуляторного регулирования психосоматических соотношений, в силу которой ранее комфортные стимулы закономерно с течением жизни приобретают свойства дискомфорта (собственно процесс старения).

Биологический факт естественного старения лежит в основе культуры социального регулирования возрастного поведения человека (в частности, постепенное нарастание роли процессов сублимации с течением возрастных лет). Однако по существу следует говорить лишь об очень (в норме) невысоком темпе накопления (замедленной патодинамике) функционально-органических нарушений — некоторая тенденция к Эго-дезинтеграции присутствует всегда.

В общей патологии принято выделять три типа подобной патологической динамики: патологические реакции (характерна обратимость изменений), патологический процесс (характерна необратимость изменений) и патологическое состо-

яние (как промежуточный итог процесса). В обыденной жизни преобладают патологические реакции, однако есть место и патологическим процессам, эффект которых (медленное накопление необратимых изменений) и ложится в основу старения.

Исходя из всего вышесказанного, представляется обоснованным говорить о существовании собственно психопатологического (эквипотенциального) процесса как категории общей патологии (подобно воспалению, отеку, гипоксии). Инициатором этого общепсихопатологического процесса является чрезмерное страдание (объективное выражение беспомощной подверженности естественно-возрастному стрессу), а патофизиологическим субстратом — необратимое изменение (сдвиг настройки) электрохимического регулирования психосоматических соотношений. Именно чрезмерное страдание является переменной производной психобиологического конфликта и «мотором» метаневроза.

Вариант подобного процесса этапной прогрессивности токсикоманической болезни в связи с развитием синдрома измененной (по отношению к психоактивным веществам) реактивности, описанный А. А. Портновым в 1962 г., известен в наркологии.

Психофизиологический феномен чрезмерного страдания порождает когнитивный диссонанс, ведет к аутистическому искажению принципа живого небытия в аффективную идею Танатоса, провоцирует дальнейшую регрессию иррациональной (сигнальной) тревоги в алекситимическую психалгию и запускает механизм метаневротического процесса (саморазрушения). Этот тип внутреннего конфликта, присущий также психопатологическим последствиям ЧС, можно определить как психобиологический (ПБК), порождающий естественно-биологический метаневроз старения. Метаневротический аспект старения поэтически отражен И. Бродским в стихотворении «1972 год»: «Старение есть отрастанье органа / слуха, рассчитанного

на молчание». В художественно выразительной форме этот процесс описан также Оскаром Уайльдом в «Портрете Дориана Грея».

Появление первичного необратимого сдвига настройки электрохимического регулирования автоматически расширяет поле источников чрезмерного страдания, что, в свою очередь, ведет к накоплению необратимых изменений заданных порогов регуляторных систем и формированию «порочного круга» прогрессивных патологических изменений психосоматических соотношений.

Таким образом, общепсихопатологический процесс, психофизиологической основой которого являются чрезмерное страдание и сдвиг заданных порогов электрохимического регулирования, может рассматриваться как эквипотенциальная основа на копления необратимых психосоматических разрушений (старения в норме и патологии). Названные закономерности особенно ярко выступают в клинической картине психопатологии позднего возраста.

Процессуальная динамика отдаленных психопатологических последствий ЧС, в сравнении с общепсихопатологическим процессом, характеризуется значительно более выраженной прогрессивностью, деструктивностью и яркостью клинических картин.

Может быть представлена следующая последовательность этапов процессуально-прогрессивной динамики психопатологических последствий ЧС:

- сверхмощная психоагрессия (чрезвычайная угроза) вызывает тяжелое чрезмерное («непомерное») страдание и грубое необратимое изменение (сдвиг настройки) заданных порогов нейромодуляторного регулирования (первичный когнитивный диссонанс);
- первичный когнитивный диссонанс знаменует ситуацию Эго-стресса (первичного стресса осознания психотравмирующей реальности) с характерной для него клиникой замещения процессов освоения мира процессами адаптационной психодинамики;

— ранее комфортные стимулы (в том числе индивидуальные значения) приобретают свойства некомфортности, что ведет к ускоренному формированию порочного круга прогрессивных изменений психосоматических соотношений (общепсихопатологический процесс);

— течение общепатологического процесса создает условия для перманентного вторичного когнитивного диссонанса и хронификации вторичного Эго-стресса, что способствует развитию (усугублению) предельных форм интрапсихического конфликта и прогрессивному течению невроза;

— «заикливание» ситуации вторичного когнитивного диссонанса и вторичного Эго-стресса обуславливает неэффективность патогенных и патологических Эго-защит всех уровней и ложится в основу патологической (невротической) эволюции личности участников ЧС;

— патологическая эволюция личности участников ЧС может представлять в виде вялотекущей аутистической деформации, психосоматического «органного невроза», токсикоманической невротической зависимости («самоцелительства») и, наконец, экстернализации невротического цинизма;

— на отдаленных этапах эволюции эти тенденции ведут к переходу от нарциссического невроза к метаневрозам психосоматических болезней и прогерии, хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий, индивидуального психического вырождения.

Можно отметить, что подобная неблагоприятная динамика на сегодняшний день характерна для населения нашей страны. Клиника метаневротических (хотя и первично-невротических по своим механизмам) расстройств усугубляется социальным и экологическим неблагополучием (хронической ситуацией выживания), а также токсикоморганическими наслоениями, явлениями десоциализации и госпитализма и угрожает психозом (Эго-дисторсией и

Эго-альтерацией), слабоумием и саморазрушением (суицидом).

Существует также целый ряд особенностей патогенетических механизмов перечисленных вариантов патодинамики. Так, для вялого течения аутистической деформации личности характерно архаическое переживание болезненной вины и «вытекающая» из нее интрапсихическая блокада агрессивно-гедонистических побуждений (*split personality*). В генезе психосоматической эволюции, кроме того, важную роль играют переживания болезненного отвращения, а также феномен алекситимической психалгии. В развитии токсикоманической эволюции большое место занимают преобразование тревоги-угрозы в реактивное формирование болезненного стыда, феномен «психохимического расквашивания» и преморбидная тенденция к «неразумному гедонизму». Наконец, в генезе индивидуального психического вырождения существенное значение имеют чрезмерная хронификация ситуации выживания и преморбидное наличие конституциональных (или приобретенных) стигм эпилептоидности — иктафинности, глишроидности и энехетичности.

Но так или иначе, названные отдаленные психопатологические последствия ЧС можно рассматривать как варианты метаневротического (психобиологического) процесса.

Таким образом, клинические проявления естественного течения общепсихопатологического процесса (психосоматическое старение) далеки от их глубинной основы — длительного накопления опыта чрезмерного страдания.

Тем не менее есть все основания рассматривать естественное старение как вариант метаневроза (психопатологии чрезмерного страдания).

Значительно ближе к этой своей первооснове отдаленные (метаневротические) психопатологические последствия ЧС. Для них характерно тяжелое («непомерное») исходное страдание (фрустрационная регрессия аффекта до уровня алекситимической психалгии), в последующем постоянно

возобновляемое стимулами, комфортными с точки зрения популяции, но приобретающими свойство индивидуальной некомфортности вследствие мощного первичного когнитивного диссонанса и хронического вторичного Эго-стресса — ситуация identity crisis, кризиса самоопределения.

В этих условиях имеет место переход предельных форм ИПК в ПБК. В противоположность ИПК при ПБК носителем саморазрушительных побуждений выступает идеалистическая дисторсия Эго-образа: связанная с ней блокада агрессивно-гедонистических побуждений инициирует процессы саморазрушения, преобладание которых и характеризует клинику метаневротического процесса при всем несходстве его вариантов.

Существенно, что формирующиеся в этих условиях варианты метаневроза уже не могут рассматриваться как психогения, поскольку в основе их лежат биологические (скорее всего, невропатологические) закономерности.

Заключение по второй главе

Глава, посвященная рассмотрению особенностей интрапсихического конфликта при ЧС, в теоретическом отношении является ключевой. Изложенные точки зрения базируются на целом ряде априорных и умозрительных допущений.

Прежде всего следует признать, что понятия интрапсихического конфликта и невротизма — синонимы, поскольку идеально здоровой психике присущи не конфликты между интерперсонально деструктивными побуждениями и запретом, а внутренние противоречия конструктивных потребностей.

В то же время для каждого реального поколения существует популяционный стандарт невротизма (интерперсональной деструктивности). Невротический интрапсихический конфликт обнаруживается в связи с накоплением неосознаваемой интерперсональной деструктивности: экономически сверхзатратная интерперсональная деструктивность блокирует процессы активного освоения мира и заме-

щает их процессами адаптационной психодинамики. И сам интрапсихический конфликт, и формирующийся невроз проходят ряд стадий процессуального развития: вершиной служат центральный конфликт (между идеализированным Эго-образом и актуальным Эго) и нарциссический этап невротического процесса (с клиникой аутистической деформации личности).

Именно такая клиника возникает в короткие сроки у участников ЧС. При этом интрапсихический конфликт у них сразу принимает центральный характер и отличается выраженной идеалистичностью. Однако невротизм (психопатология тревоги) присущ лишь ранним и среднесрочным психопатологическим последствиям ЧС — постепенно в патогенезе эволюции личности участников ЧС начинают все большую роль играть феномены аутодеструктивности и психопатологии страдания (фрустрационной регрессии психики). Вслед за предельным интрапсихическим конфликтом и угрозой его перехода в аутоиммунный процесс формируются варианты метаневроза — процесса, в основе которого лежит психобиологический конфликт между заблокированными процессами удовлетворения агрессивно-гедонистических потребностей (биологическая сторона конфликта) и идеалистическими дисторсиями «самоценности бытия» (второй стороной инстинкта самосохранения, потребностями самоопределения). Метаневротический (невропатологический) конфликт разворачивается внутри Эго-реальности человека: углубление этого конфликта порождает клинику саморазрушения — психозов и слабоумия, суицидальности и социальной деструктивности, ранней инвалидизации и преждевременной смерти.

Для современных жителей России в высшей степени характерен нарциссический невротизм — и как личностная характеристика, и как специфика невротической эволюции личности, и как фактор предельной централизации возникающего в ЧС интрапсихического конфликта. Вся динамика психопатологических последствий ЧС — быстрота развития

клиники нарциссического невроза и его перерастания в метаневрозы (психосоматические болезни и прогерии, хронический алкоголизм и неалкогольные токсикомании, индивидуальное психическое вырождение) — говорит о наличии низкой толерантности к стрессу и фрустрации у современных поколений граждан России и истощении их индивидуального Эго-ресурса. Эта низкая толерантность связана с несоизмерно большим местом нарциссической гордыни (вплоть до атеизма и богоборчества) и/или уныния (вплоть до социальной деградации) в современном российском менталитете. В настоящее время центральный интрапсихический конфликт (нарциссический невротизм), а также вытекающие из него метаневротический конфликт и клинические варианты метаневроза в той или иной мере присущи практически всему населению нашей страны.

ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ РОЛИ КОНСТИТУЦИОННОГО ФАКТОРА ПРИ ЧС

Не правда ли — он был описан вам
Злодеем, извергом. — О дна Анна —
Молва, быть может, не совсем
неправа,
На совести усталой много зла,
Быть может, тяготеет...

А. С. Пушкин «Каменный гость»

Представление о психофизической (психофизиологической) конституции человека подразумевает возможность типологической классификации его психической деятельности, исходя из априорного тезиса о единстве душевной и телесной «почвы» его взаимодействия с окружением. В свою очередь продуктом такого единства (в конечном счете базирующегося на инстинкте самосохранения-самоопределения) выступает индивидуальный стиль эмоционально-потребностной и познавательной деятельности, характер. Тезис о существовании психофизической (психофизиологической)

конституции, таким образом, может рассматриваться как логический результат поиска общего решения для двух ключевых проблем современной психологии — психофизиологической и персонологической. Исторически сложилось так, что общепринятыми в мировой практике стали взгляды на типологию конституционального фактора, разработанные в медицине (психиатрии) на основе анализа клинической картины психических расстройств.

Представляется, что выбор этого подхода в контексте настоящей работы связан с тем обстоятельством, что интерперсональная деструктивность (конституциональный невротизм) объективно включена (как популяционный стандарт) в психику (сознание) современного человека (во всяком случае этнокультурного русского гражданина России).

В применении к задачам настоящей работы вопрос о роли конституционального фактора формулируется двояким образом:

— как проявляется включенность интерперсональной деструктивности (невротизма) в идеализированный Эго-образ современного этнокультурного русского гражданина России (типологическая классификация «реального на-родонаселения» России);

— какие общие особенности психофизической конституции современного этнокультурного русского гражданина России сформировались в связи с ее историей и культурой (элементы «базового» этнокультурного характера великоросса).

Оба эти вопроса (особенно второй) длительные годы игнорировались: результаты отдельных исследований в этой области либо замалчивались, либо засекречивались. И это было одним из проявлений профессионального лицемерия в новой истории отечественных психиатрии и психологии.

Между тем упорное нежелание «властей предержажших» признать объективное существование ответов на оба эти вопроса можно рассматривать как одно из свидетельств

интерперсональной деструктивности невротической идеологии тоталитарного общества.

Представляется целесообразным рассмотреть два аспекта проблемы конституционального фактора при ЧС:

- ММИЛ (методика многостороннего исследования личности) в типологической классификации конституционального фактора;
- представление о типологическом своеобразии так называемого «национального характера великоросса».

3.1. ММИЛ и психодиагностика конституционального фактора

... Поверил я алгеброй гармонию...

А. С. Пушкин «Моцарт и Сальери»

На протяжении многих веков типология психофизической конституции носила умозрительный характер. История научно обоснованной психометрии берет начало с конца XIX века, когда Ф. Гальтон впервые обратил внимание на возможность математического (вариационно-статистического) анализа психической (ментальной) продукции. С этого времени началась история научной (математически обоснованной) психодиагностики. Задачей такой психодиагностики является типологическая классификация психической деятельности человека. Успешное решение этой задачи подразумевает разработку адекватных моделей (психотипов), создание метода (методики) выявления такого психотипа в популяциях и, наконец, объяснение (метатеория) полученных результатов.

В психиатрической практике закрепилось представление о четырех первично невротических психотипических континуумах (в диапазоне от популяционной нормы до манифестного психического расстройства). Эти континуумы характеризуют четыре модели психофизической конституции: циклотимия (синтония) — циклоидия — маниакаль-

но-депрессивный психоз, шизотимия — шизоидия — шизофрения, epileptотимия — epileптоидия — изменения личности при эпилепсии (модель впервые описана Ф. Минковской в 1923 году), истеротимия — истероидия — «большая» истерия (модель отграничивается условно). По мнению автора концепции, Э. Кречмера, психодинамическую основу конституционального типа составляли «пропорции» — диатетическая (антитеза «счастье — горе», чрезмерность симбиотической тенденции) для циклотимического континуума и психэстетическая (антитеза «хрусталь и дерево», парадоксальность эмоциональных реакций) для шизотимического континуума. Диатетическая пропорция — колебания чистого (с точки зрения интерперсонального согласия по поводу индивидуальных значений) аффекта (континуум «страдание — блаженство») составляют эмоциональную основу трех других психотипов. К двум названным Е. К. Краснушкин одним из первых в мировой психиатрии добавил epileptотимную пропорцию (антитеза «прилипчивость — взрывчатость», полярность и вязкость аффекта). По-видимому, можно говорить об истеротимной пропорции (антитеза «рентная установка — конверсия тревоги», поверхностность и неустойчивость аффекта).

Интересно, что циклотимическая «чистота» и шизотимическая «парадоксальность» выступают как характеристики информационного компонента аффекта, тогда как epileptотимная «вязкость» и истеротимная «поверхностность» — как характеристики физиологического компонента аффекта. В литературе указывается, что первые две характеристики («чистота» и «парадоксальность») аффекта образуют клинический континуум («шизофренический спектр расстройств»). С другой стороны, шизотимная и истеротимная конституции говорят о преобладании мотивационного аспекта аффекта (психопатология тревоги), тогда как циклотимная и epileptотимная — о преоблада-

нии эмоционального аспекта аффекта (психопатология страдания).

Фактически перечисленные характеристики отражают возможную роль аффекта в конструировании интерперсональных отношений: в то же время, сами по себе эти характеристики интерперсонально нейтральны. Можно отметить, что три последние из них как бы окрашивают «чистый» циклотимический аффект в цвета личностных смыслов (и, таким образом, потенциально влияют на процессы взаимопонимания). С определенной долей условности можно говорить, что циклотимия — первичный и единственный конституциональный психотип, а три другие — его «ухудшенные» (с точки зрения организации интерперсональных отношений) варианты («вторичные конституции»).

Принято считать, что циклотимической пропорции соответствует нормостеническое (дигестивное, спланхническое) телосложение, шизотимической — астеническое (длиннолинейное) телосложение, эпилептотимической — гиперстеническое (атлетическое, мышечное) телосложение. Подобным же образом, истеротимической пропорции соответствует грациозное (изящное) телосложение.

Следует отметить, что такие «модели» в реальной жизни встречаются крайне редко — практически все люди являются носителями той или иной смеси рассмотренных четырех психофизических радикалов, однако как феномен реальности воображения они принадлежат к целой отрасли психоисторического знания — «социальной имагологии» и могут быть использованы в целях психодиагностики.

Второй аспект проблемы типологической классификации — создание (или выбор) методики выявления психотипа (психометрии) — подразумевает (в данном контексте) существование единой популяции — реального народонаселения («реального поколения») России. Здесь можно сказать, что многочисленные психодиагностические исследования убедительно показывают, что в настоящее время мы имеем

дело (возможно, как следствие длительной милитаризации и деятельности ВПК страны) с Московией на Камчатке, в Приморье, в Сибири, на Алтае, на Урале, в Поволжье, не говоря уже о центре европейской части России (да и всего бывшего СССР). Исходя из оценки роли конституционального фактора это существенно облегчает задачи психодиагностики (психометрии).

С другой стороны существует временной аспект «реального поколения» — в народонаселении страны есть (условно говоря) «стариками», прожившие в свое время характерную для них социальную реальность и стремящиеся ее поддерживать, «зрелая» часть населения, активно ее осваивающая и изменяющая «по образу и подобию своей внутренней реальности», и «молодежь», у которой процессы адаптации к реальности постепенно уступают место процессам освоения и изменения ее. Из этих трех биологических поколений динамически формируется и поддерживается «реальное поколение страны», на каждом историческом отрезке определяющее судьбу народа, страны и государства. Безусловно, «набор» психотипов в реальном поколении играет существенную роль в этой судьбе.

Среди целого ряда психодиагностических (психометрических) методик современной психодиагностики, безусловно, выдающееся место занимает ММРІ — Миннесотский Многофазный Личностный Инвентарий Н. Хаттавея и М. Маккинли, в отечественной психодиагностической практике известный преимущественно в модификации Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова как ММИЛ — Методика Многостороннего Исследования Личности.

Это место принадлежит ММРІ (ММИЛ) в связи с тем, что анкетный тест построен на количественной оценке степени сходства обследуемого с эталонной группой больных с основными формами (клиническими картинами) психических расстройств. Таким образом, этот тест придает количественное (математически формализованное) выражение психофи-

зиологическому аспекту концепции Э. Кречмера о конституциональном континууме.

Именно это обстоятельство позволяет путем психодиагностического тестирования с применением ММРІ (ММИЛ) выявлять подспудный структурный невротизм при его минимальной выраженности (по критерию формы профиля методики).

В настоящее время существуют ревалидизированные и рестандартизированные переводы ММРІ практически на все мировые языки, что позволяет объективно судить о транскультурных различиях (или сходстве) психических расстройств у населения Земли.

Неоспоримость клинической реальности (независимо от ее концептуальной оценки различными школами психиатрии) выводит ММРІ (ММИЛ) из-под огня критики, которой подвержена любая частная психологическая теория, составляющая умозрительную опору всех других, нередко превосходных и информативных, психодиагностических тестов. Математическое (и, кроме того, удобное для интерпретации — графическое) выражение степени сходства обследуемого с общепринятой и общеизвестной в мировой психиатрической практике описательной характеристикой психических расстройств определяет уникальность ММРІ (ММИЛ) при решении широкого круга современных проблем психического здоровья «реального поколения» России.

В связи с этим представляется целесообразным изложить некоторые основные результаты психодиагностического обследования подростков (учащихся 7—10 классов средних школ Ленинского района Москвы). Обследование проводилось совместно с М. А. Ларцевым (материалы публикуются с его любезного согласия).

Как базовая методика психодиагностики использовался ММИЛ. С этой целью была проведена (совместно с М. А. Ларцевым) разработка подросткового (13—17 лет) стандарта показателей теста (табл. 1).

Таблица 1

Средние значения шкал ММИЛ у учащихся средних школ (13–17 лет)

Шкалы	Средние значения		Среднеквадратическое откл.	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
L	4,79	5,05	1,87	1,90
F	10,47	10,53	4,59	3,78
K	15,90	14,97	3,98	3,60
1	13,17	14,75	3,87	3,68
2	21,18	15,28	4,05	4,78
3	19,63	21,57	5,03	4,96
4	25,07	23,17	4,84	4,23
5	21,47	29,19	4,84	5,15
6	11,89	12,72	3,87	4,41
7	29,92	31,99	4,45	4,23
8	30,89	31,95	5,80	4,41
9	20,91	20,75	4,25	3,68
0	27,13	26,45	7,74	7,1

Среди обследованных юношей (442 человека) 59,8% индивидуальных профилей охватывались девятью группами типологического сочетания двух ведущих подъемов ММИЛ. Среди обследованных девушек (443 человека) 63,3% индивидуальных профилей охватывались подобным же образом девятью группами.

У юношей в число этих групп входили: группа, индивидуальные профили ММИЛ, в которой определялись сочетанием подъемов по пятой и другим шкалам (11,43%); группа, индивидуальные профили в которой определялись сочетанием подъемов по седьмой и второй шкалам (11,14%); группа с сочетанием подъемов по девятой и шестой шкалам (7,03%); группа с сочетанием подъемов по девятой и

четвертой шкалам (6,74%); группа с сочетанием подъемов по девятой и третьей шкалам (6,15%); группа с сочетанием подъемов по шестой и третьей шкалам (5,27%); группа с сочетанием подъемов по шкале 0 и другим (4,69%); группа с сочетанием подъемов по третьей и первой шкалам (4,10%); группа с сочетанием подъемов по девятой и второй шкалам (вариант «циклотимического» профиля) (3,22%).

У девушек в число этих групп входили: группа с сочетанием подъемов по шкале 0 и другим (21,91%); группа с сочетанием подъемов по пятой и другим шкалам (9,31%); группа с сочетанием подъемов по девятой и шестой шкалам (6,00%); группа с сочетанием подъемов по третьей и первой шкалам (5,40%); группа с сочетанием подъемов по девятой и пятой шкалам со снижением по второй шкале (циклотимический профиль типа «аффективные качели») (5,10%); группа с сочетанием подъемов по девятой и четвертой шкалам (4,80%); группа с сочетанием подъемов по седьмой и второй шкалам (3,90%); группа с сочетанием подъемов по восьмой и четвертой шкалам (3,60%); группа с сочетанием подъемов по шестой и третьей шкалам (3,30%).

Следует указать еще на три существенных аспекта типологии индивидуальных профилей ММИЛ у подростков (в настоящее время эти люди составляют «хребет» реального поколения России).

Первый аспект. Как отмечает Ф. Б. Березин, определенные сочетания подъемов профиля ММИЛ говорят о наличии или легкости возникновения психических расстройств в неблагоприятной ситуации. К их числу относятся так называемые «дисгармонические», а также, по-видимому, «циклотимические» и «шизоаффективные» профили. У юношей дисгармонические профили обнаружены в 11,5% случаев, циклотимические (оба варианта) — в 5,44% случаев, шизоаффективные — в 2,42% случаев. У девушек дисгармонические профили обнаружены в 5,43% случаев, циклотимические (по типу «аффективных

качелей») — в 5,10% случаев, шизоаффективные — в 1,20% случаев.

Второй аспект. Сравнение популяционных стандартов оригинальной методики ММРІ, отечественной модификации ММИЛ Ф. Б. Березина и М. П. Мирошникова и подросткового стандарта (М. А. Ларцев, Н. Н. Пуховский) показывает последовательный рост средних значений у мужчин по шкалам F и седьмой: кроме того, более высокие значения названного показателя отечественной модификации по второй шкале, более низкий — по пятой шкале, а также значительно более высокие средние значения у подростков (в сравнении с отечественной модификацией) по четвертой, шестой, восьмой и девятой шкалам; у женщин обнаруживается последовательный рост названных показателей по шкалам F, пятой и шестой: кроме того, более высокие средние значения в отечественной модификации по шкалам L, второй, седьмой и восьмой, а также более высокий (в сравнении с отечественной модификацией) показатель у девушек-подростков по девятой шкале и более низкий — по шкале 0.

Третий аспект. С учетом принятого отнесения к области нарциссического невротизма явлений циклотимической и шизотимической конституций, особое значение приобретает характеристика профиля ММИЛ, согласно которой крайние показатели профиля по шкалам 0 и 5 можно интерпретировать как «поведенческие маски» показателя профиля по восьмой шкале. С этой точки зрения можно отметить, что отчетливые структурные признаки аутистической трансформации личности в рассмотренном «реальном поколении» старшеклассников Москвы были обнаружены у 16,12% юношей и 34,82% девушек.

Таким образом, результаты применения ММИЛ для целей психодиагностической (типологической) классификации подростков-школьников Москвы позволили говорить о высоком уровне включенности идеализма (и его негативной

стороны — нарциссического невротизма, интерперсональной деструктивности и интрапсихической блокады агрессивно-гедонистических побуждений) в структуру личности представителей изученного «реального поколения». Внимание привлекает более высокий уровень идеалистического невротизма у девушек.

Одним из показателей идеалистической предрасположенности к нарциссическому неврозу может служить самооценка. Самооценка считается одной из основных Эго-функций (свойств личности) и может служить показателем ее развития, зрелости и здоровья. С другой стороны, признается, что границы самооценки устанавливаются функционированием Эго-защит. В ходе психодиагностического обследования подростков-старшеклассников была разработана методика изучения адекватности самооценки (МИАС) по принятой и привычной всем с детских лет пяти-балльной системе школьных оценок. Методика позволила сопоставить три показателя (табл. 2): оценку школьника учителями, его самооценку и сооценку (представление школьника о том, как его оценивает референтная группа).

Таблица 2

Средние значения шкал методики изучения адекватности самооценки (МИАС) школьников

Шкалы	Средние значения		Среднеквадратическое отклонение	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
1. Оценка компетентными лицами	3,69	2,96	0,36	0,40
2. Самооценка	2,82	3,99	0,74	0,43
3. Сооценка (представление об оценке референтной группой)	3,88	4,03	0,39	0,32

Самые высокие показатели самооценки (и сооценки) были в группе юношей с сочетанием подъемов профиля ММИЛ по восьмой и третьей шкалам ($4,06+0,10$): оценке юношей учителями — в группе с подъемами по восьмой и второй шкалам ($4,02+0,11$). Напротив, самые низкие показатели были: самооценки — в группе юношей с сочетанием подъемов профиля ММИЛ по восьмой и второй шкалам ($3,68+0,19$), а также седьмой и второй шкалам ($3,74+0,06$), оценки компетентных лиц (учителей) — в группе школьников с сочетанием подъемов по девятой и четвертой шкалам ($3,52+0,09$), сооценки — в группе школьников с сочетаниями подъемов по второй и седьмой шкалам ($3,77+0,07$). Различия между высокими и низкими показателями достоверны (по Стьюденту).

С другой стороны, группы юношей, различающиеся по средней самооценке (плюс два среднеквадратических отклонения), различны и по усредненному профилю ММИЛ — при заниженной самооценке отмечаются достоверно более высокие показатели по шестой, седьмой, восьмой шкалам, а также по шкале 0.

Таким образом, можно отметить, что методика изучения самооценки позволяет установить естественные (популяционные) границы идеализации Эго-образа.

Приведенные данные позволяют говорить, что «чистые» шизотимия, эпилептотимия и истеротимия встречаются редко, тогда как циклотимия все же существует самостоятельно (хотя, по-видимому, во многом за счет «поведенческих масок» шизотимии). Однако смешанные (двухрадикальные) конституциональные типы составляют значительную часть «реальной популяции». Более того, по-видимому, процентное соотношение этих двухрадикальных типов характеризует самобытность каждого «реального поколения» — конституционально-типологического состояния психического здоровья народонаселения страны на данном историческом отрезке времени.

В связи с этим уникальная роль ММИЛ как анкетного теста наполняется новым содержанием.

Возможные двухрадикальные сочетания конституциональных типов таковы: эпиаффективный, истероаффективный, шизоаффективный — типологическая специфика связана с окраской аффекта, шизоистеротимный, шизоэпилептотимный, истероэпилептотимный — типологическая специфика связана с выраженной дисгармонией психологических установок. Каждый из этих типов имеет характерную структурную конфигурацию профиля ММИЛ, это и позволяет судить о конституциональном континууме.

Краткая характеристика этих двухрадикальных психотипов такова.

Эпиаффективный (иктаффинный) тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по шестой и девятой (или второй) шкалам. При умеренной высоте профиля заметны способности к планомерной работе, нередко они помогают добиваться высочайших результатов в избранном виде деятельности.

Однако взрывной и вязкий аффект, окрашенный при субдепрессии в оттенки дисфории, а при гипомании — в оттенки злобно-деструктивного веселья, может служить причиной интерперсональных конфликтов.

Истероаффективный тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по третьей и девятой (значительно реже — второй) шкалам. При умеренной высоте профиля заметны яркость, демонстративность эгоцентрического инфантильного (пуэрильного) поведения. Однако поверхностность сопереживания (отсутствие выраженной аффективной реакции) способствует выявлению эмоционально-незрелой эгоистической «рентной установки», что может служить причиной интерперсональных конфликтов.

Шизоаффективный тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по восьмой и второй (значительно реже — девятой) шкалам. Характерна заниженная самооценка. Даже при умеренной высоте профиля эти люди — страдальцы: им трудно жить среди людей, они не понимают окружающих и страдают от этого. Устойчивый субдепрессивный аффект

окрашивается в оттенки адинамии, гипоманиакальный — в оттенки гебоидности, что еще более усугубляет взаимонепонимание.

Шизоистеротимный тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по восьмой и третьей шкалам. Характерна высокая самооценка. Часто это люди неотразимого и тонкого очарования, способные артистично передавать малейшие оттенки чувств. С другой стороны, ранимость и сензитивность дисгармонируют с эгоцентрической «рентной установкой», что может служить причиной интерперсональных конфликтов и заставляет этих людей страдать, впрочем, не слишком глубоко.

Шизоэпилептотимный тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по восьмой и шестой шкалам. Характерны сопутствующие трудности социальной адаптации, связанные с аурой «враждебной агрессивности», излучаемой ими. К этому типу принадлежат «Зомби» (об этом уже говорилось в разделе 2.2.1.). Сколько-нибудь заметные колебания аффекта легко формируют клиническую картину параноидной личности с присутствием ей парадоксальным сочетанием подозрительности и настороженности с сензитивностью и холодностью.

Истероэпилептотимный тип. В профиле ММИЛ отражается подъемами по третьей и шестой шкалам. Эти люди тяжелы в общении из-за демонстративной враждебности и склонности к «нарциссической обиде». У женщин с этим типом конституции часто имеет место «психовегетативный синдром». Колебания аффекта способствуют формированию скиртоидности — сочетанию фанфаронства в обыденной жизни с непреклонностью в боевой обстановке (одна из характеристик психотипа горских народов).

Изложенная выше конституционально-динамическая интерпретация данных ММИЛ основывается на позициях психопатологии страдания (реактивной фрустрационной регрессии аффекта) и существенно отличается от подхода к интерпретации индивидуальных профилей методики, предлагаемых авторами ММРІ (ММРІ-2) и ММИЛ. Дополни-

ные к известным принципы интерпретации результата тестирования таковы:

— ММИЛ исходно регистрирует структурные характеристики реального (популяционного) невротизма;

— опорные для суждения данные — показатели по третьей, шестой и восьмой (конституциональным) шкалам;

— показатели по второй, седьмой и девятой шкалам характеризуют степень (глубину) фрустрационной регрессии аффекта;

— показатели по пятой шкале и шкале 0 следует рассматривать как «поведенческие маски» показателя по восьмой шкале;

— показатели по шкалам L, F, K, первой и четвертой отражают эффективность невротической защиты («иллюзорность — виртуальность»).

Однако при всех своих исключительных достоинствах ММИЛ практически неприменима в очагах ЧС. В этих условиях могут применяться только экспресс-диагностические средства и методы, сочетающие максимальную простоту и доступность с предельной кратковременностью тестирования и обработки результата. Представляется, что названными качествами располагает психометрическая модификация 8-цветового теста М. Люшера. Далсе (часть третья, раздел 1.2.) этот вопрос будет рассмотрен подробно.

Таким образом, среди описанных в литературе четырех психофизических конституций в «реальном поколении» можно обнаружить лишь одну циклотимическую (да и то лишь благодаря наличию «поведенческих масок» шизотимии), что представляется связанным с «чистой» симбиотичностью циклотимического аффекта (конструктивностью интерперсональных побуждений). Поэтому исходный конституциональный психотип — циклотимический; следовательно, изучая конституциональный фактор, мы исходно имеем дело с психопатологией страдания (а не с психопатологией тревоги). Напротив, шизотимическая конституция связана непосредственно с психопатологией тревоги: две другие конституции (эпилептоти-

мическая и истеротимическая) способствуют накоплению невротизма в силу патофизиологии аффективной сферы.

«Реальные» конституциональные психотипы представляют собой преимущественно двухрадикальные сочетания. Таких сочетаний шесть: шизоаффективный тип, истероаффективный тип, эпиаффективный тип, шизоистеротимный тип, шизоэпилептотимный тип и истероэпилептотимный тип. Нетрудно заметить, что названные типы характеризуются либо дисгармонией установок, либо склонностью к декомпенсации. Набор названных сочетаний специфичен для каждого реального поколения. Возможно, отличительной особенностью изученного 20 лет назад поколения подростков-старшеклассников Москвы было резкое преобладание аутистической трансформации личности (аутизма) у девушек.

Опыт применения ММИЛ для типологической классификации «реального поколения» показывает, что психическая (ментальная) деятельность населения России характеризуется определенным уровнем и структурой нарциссического невротизма, в основе которого лежат интерперсональная деструктивность и интрапсихическая блокада агрессивно-гедонистических побуждений.

Представление о популяционном стандарте невротизма (Эго-ресурсе адаптационной психодинамики) не противоречит представлению Э. Кречмера о психотипическом (трехуровневом) континууме. В этом смысле социально-исторический процесс может быть связан с постепенным, из поколения в поколение, изживанием (или, в неблагоприятных условиях, накоплением) нарциссического невротизма. При этом следует подчеркнуть наличие конституционального аспекта Эго-ресурса — устойчивой способности перед лицом страдания находить источник поддержания идеализированного Эго-образа (самоценности, свободы и ответственности) внутри себя и/или среди людей. Конституциональный невротизм в силу центрального интрапсихического конфликта постоянно угрожает исчерпать Эго-ресурс и спровоцировать развитие клинической картины невроза.

3.2. О национальном характере великоросса

Честный ли человек Ерофеич? Спросите чего полегче... Честный — Гуго Карлович, а Ерофеич, он не честный, он... святой. У нас на Руси честных нет, зато у нас все святые.

Л. Аннинский

«Прижизненные и посмертные приключения немецкого механика Гуго Пекторалиса в России (Из истории десковских текстов)»

В ряду рассматриваемых в настоящей работе проблем тема национального характера великоросса (этнокультурного русского населения России) является самой щекотливой, поскольку в наибольшей степени опирается на мнения отдельных (но весьма авторитетных) представителей исторической науки — Н. М. Карамзина, С. М. Соловьева, В. О. Ключевского и литературной критики — Л. Аннинского. В то же время основанием для опоры на взгляды именно этих представителей далеких от профессионального статуса автора областей науки и культуры являются взгляды крупнейших отечественных психиатров — П. Б. Ганнушкина, Е. К. Краснушкина, П. М. Зинovieва.

Исходя из этого, следует определить два понятия — народного темперамента и национального характера. Вслед за В. О. Ключевским далее под народным темпераментом будут пониматься «бытовые условия и духовные особенности, какие вырабатываются в людских массах под очевидным влиянием окружающей природы», а под национальным характером — «историческая личность народа, ставшего государством и осознающего свое политическое значение». Таким образом, понятие национального характера отражает современный (государственный) этап исторического становления личности (идеализированного Эго-образа, Я-концепции) и включает в себя как основу народный (этнический) темперамент.

Представляется, что категория конституциональных психотипов, рассмотренная выше, соответствует характеристикам народного темперамента, тогда как категория нарциссического (ментального, идеалистического) невротизма — особенностям национального характера великоросса (этнокультурного русского). Иными словами, особенности национального (правильнее — этнокультурного) характера передаются историческим преемствованием от поколения к поколению, наследованием, воспитанием, «историческим преданием». Возможно, в современных условиях происходит переход на новый этап становления личности — общегуманистический, планетарный. Возможно, освоение космического пространства приведет к формированию еще более всеобъемлющего типа личности. Однако в настоящее время национальный характер великоросса (этнокультурного русского) — историческая реальность и попытки ее игнорировать лежат в основе многих трудностей нашего времени.

Представляется целесообразным рассмотреть некоторые условия «исторического предания», формирующего характер многих поколений великороссов (этнокультурных русских).

Можно выделить два исторических этапа его формирования — история Древней Руси и история Московской Руси (Московского государства). Оба эти этапа, с точки зрения становления национального типа личности, можно охарактеризовать как хронический жестокий стресс (ХЖС) выживания на протяжении более чем тысячелетней истории славянства.

Однако факторы этого стресса на двух исторических этапах совершенно различны.

Одна категория факторов — геополитические условия выживания славянской культуры, языка, этносов — в течение всего тысячелетия характеризуется выраженной суровостью климата, географии, враждебного окружения. В результате этого по крови восточные славяне значительно больше

потомки гуннов (Аттилы) и монголов (Чингисхана), чем Владимира Мономаха. Но княжить в Суздаль (а затем — в Москву) пришли потомки Владимира Мономаха, привели рать (войско) и принесли с собой культуру Древней (Киевской) Руси вместе со старославянским языком и письменностью, православным христианским вероисповеданием.

Освоение огромных просторов с суровым климатом, надежным сельским хозяйством, низкой плотностью населения на стыке византийской православной (городской) и кочевой (степной) культур сформировало древнерусский эпилептотимный народный темперамент, героикоторого святы защитники земли Русской былинный богатырь Илья Муромец и полководец-мученик, по выражению Н. М. Карамзина, «злополучный, истинно мужественный» князь Александр Невский.

Вот как описывал выдающийся русский психиатр Е. К. Краснушкин полярность эпилептотимической природы: *«...от рабской покорности, угодливости, трепета и почтения перед сильнейшими. признания их власти и авторитета, так как это утверждает его материальное благополучие и не на рушает косных и узких эгоистических интересов и порядка его жизни... к агрессивной позиции самоутверждения в жизни, к фанатическому апостольству за правду и справедливость, к признанию самого себя единственным и непогрешимым авторитетом, к стремлению властвовать и управлять другими, к утверждению своих прав самым крайним жестоким путем, убийством своего ближнего... Основной стержень эпилептотимной психики, утверждение и защита своего "я" в мире, пропитывает и все ее идейное содержание. Религия эпилептотимика — это религия выгоды, страховки его... Эпилептотимик или строит план завоевания всего мира, подобно Наполеону, или мечтает о разрушении его до тла, как Верховенский в "Бесах" Достоевского».*

И далее:

«Но, как будто, и все историческое прошлое России, с его набегами хазар, печенег, половцев и т. п., трехсотлетним игом татар, собиранием Руси, вековой азиатской деспотией царей, с его Иванами Грозными, застенками Малют Скуратовых, опричиной, боярщиной, крепостничеством... , домостроевским семейным бытом и т. д. культивировало рядом с паническим страхом перед стихийным набегом врага — бесстрашие, это истинное безумство храбрых русского человека, рядом с покорностью судьбе и сильнейшему — готовность к бешеному протесту, примиренность с непрочностью физического существования и страстное стремление к невозможному полному обеспечению его и т. д. — иными словами, всячески устанавливало психику на самозащиту или взращивало черты эпилептоимии».

Представляется, однако, что в настоящее время дело обстоит более печально.

Второй исторический этап формирования национального характера великоросса начался с развитием Московского государства (Московии). Это развитие, как известно, шло в высшей степени успешно, часто с опережением европейских соседей. Так продолжалось вплоть до трагической страницы в истории Московской Руси — 1565 г., самого начала двадцатого года царствования Ивана IV Васильевича Грозного (так у В. О. Ключевского. — Н. П.).

Уже в первые годы его царствования до этого освободительная политика объединения русских земель в единое Московское государство сменилась имперской политикой завоеваний и аннексий. Москва стала превращаться в Третий Рим — гигантскую империю. Интересно отметить, что Е. К. Краснушкин, анализируя рассказ «Жизнь» из сборника Н. Гоголя «Арабески», полагал, что древний Египет (в описании Н. Гоголя) — шизотимный, веселая Греция — циклотимная (синтонная), а железный Рим — эпилептоимный, воспевавший жажду власти, славы и завоеваний.

Однако именно в феврале 1565 года Иван Грозный создал опричнину, государство в государстве, призванное обеспечивать цели имперской политики в условиях объективного дефицита ресурсов.

Вся последующая история Российского государства есть (и во многом остается) историей опричного имперского государства. Уникальность опричнины, этого государства в государстве, выразилась прежде всего в том, что этнос метрополии для нее ничем не отличался от этносов завоевываемых окраин. Напротив, принцип «Бей своих, чужие бояться будут» со времен Ивана Грозного руководил политикой Российской опричной империи.

Это государство уже более 400 лет характеризуется двумя качествами, делающими его уникально живучим и враждебным своему народу:

- направленностью на имперские цели, заведомо истощающие ресурсы страны и народонаселения, чуждые этносам (и суперэтносу) страны, но выгодные опричнине — образованию изначально интернациональному;
- существованием и фактическим всевластием тайной государственной полиции, культивирующей бесправие и терроризирующей собственный народ в целях сохранения опричного «государства в государстве».

Фактически вся история Российского государства — история гражданской войны. Трижды эта война опричного государства с собственным народом принимала самые беспощадные формы: происходило это при Иване Грозном, Петре Великом и Владимире Ильиче Ульянове-Ленине. Интересно отметить, что в биографиях этих трех властителей есть сходные эпизоды цареубийства и узурпации власти, а в антропологии — признаки индивидуального психического вырождения. Характерно также, что в основе их государственной деятельности лежали исторически понятные разновидности одной и той же утопической — реформаторской аффект-идеи. Однако и в самые благоприятные периоды своей истории Российское государство оставалось

единственной в мировой практике жизнеспособной опричной империей (например, просвещенная царица Екатерина Вторая полагала, что «государство должно быть грозным для своих и почтенным для чужих»). Во второй половине XIX века Козьма Прутков написал свой «Проект о введении единомыслия в России», сатиру на далеко не самый страшный продукт опричного империализма — засилье чиновничьего аппарата.

Представляется, что уже к середине XIX в. произошло конституциональное закрепление ХЖС выживания в условиях имперской опричнины и формирование нарциссического невротизма (внутрипсихической «гражданской войны») в менталитете великоросса (этнокультурного русского). Этому закреплению лишь способствовала эпилептотимия русского (восточнославянского) народного темперамента. Именно явления внутреннего разлада, нарциссического невротизма русского национального (этнокультурного) характера описывали Л. Н. Толстой и Ф. М. Достоевский, но в самой полной форме трагизм его отразило творчество Н. С. Лескова.

Недаром некоторые пословицы так характерны для ментальности жителей Московской Руси (по выражению литературного критика Л. Аннинского, «дремучей, иррациональной, хитрой и жестокой Московии»): «Москва слезам не верит», «От сумы да от тюрьмы не зарекайся», «Не верь, не бойся, не проси», «Бей своих, чужие бояться будут».

Уже не конституциональное, а исторически наследуемое процессуальное накопление иррациональности мышления в условиях хронической фрустрации потребностей самоопределения, проявление фрустрационной регрессии аффекта тревоги составляет психодинамическую основу нарциссического невроза (структурного невротизма) опричнины. Эти явления отражены в творчестве великого русского поэта Сергея Есенина («Исповедь хулигана», «Москва кабацкая», «Страна советская» — «Я знаю, грусть не утопить в вине, / Не вылечить души / Пустыней и отколом...»). Такова нар-

циссическая (невротическая) специфика национального характера великоросса (этно-культурного русского).

Клинику его (интрапсихический раскол) и отразил в своем творчестве Н. С. Лесков. Л. Аннинский так определяет этот раскол: «Рыхлое, влажное, мягкое и вязкое в противовес твердому, четкому и холодному (железному) — вот образный код (повести Н. М. Лескова «Железная воля». — *Н. П.*).., источник и смысл драмы.., стороны одной духовной реальности».

Таким образом, проблема национального характера великоросса (этнокультурного русского) имеет две стороны — исходная эпилептоимия этнического народного темперамента, в основе которой тысячелетняя геополитическая история славянства, сочетается с исторически-наследуемым процессуальным накоплением нарциссического структурного невротизма (конституциональной аутистической деформацией личности). Причиной же накопления невротической интерперсональной деструктивности является более чем 400-летнее существование в России опричного имперского государства.

Дополнительного рассмотрения заслуживает метаневроз индивидуальной психической дегенерации как угроза устойчивости человеческого общежития.

Нетрудно заметить, что представление о метаневрозе индивидуальной психической дегенерации составляет пафос разрабатываемой метатеории и базируется на концепции Э. Кречмера о типологии конституциональных континуумов.

Существо патологического аспекта психоагрессии — резчайшие объективно обусловленные колебания аффекта от горя (отчаяния) к робкой надежде (игнорируемой тревоге-угрозе). Иными словами, имеет место либо страдание (чистый синтонный аффект), либо фрустрационно-регрессированный аффект тревоги. Конституциональная психодинамика выводит на первый план либо процессы аутистической трансформации личности (собственно нарциссический невроз) и вторичные органический невроз и нев-

роз токсикоманической зависимости (явления невроза регрессии), либо (и в любом случае — по мере течения психопатологических последствий ЧС) приводит к инициации метаневротических (психобиологических) процессов: психо-соматозов и индивидуальной психической дегенерации (эпилептоидной психопатизации личности).

Последний процесс — усугубления эпилептоидной ослабоумливающей психопатии стал, к сожалению, характерным для современной России и продолжает усугубляться социальным неблагополучием через психоорганические расстройства, интоксикационные и воспалительные поражения головного мозга в ситуации ХЖС выживания, особенно при наложении на нее опыта ЧС — ТПС и ХЖС.

Суть его в неуклонном нарастании отрицательных качеств эпилептоидного аффекта, т. е. возвращении к исторически прожитым качествам этнического славянского темперамента и, таким образом, к примитивно-агавистическим характеристикам интерперсональных отношений и социальной организации.

По определению Ф. Минковской от 1923 г. (цит. по 74. — Н.П.):

«Дело идет об аффективности конденсированной, прилипчивой, пристающей к предметам окружающего мира и не освобождающейся от них в той мере, как этого требуют изменения среды: аффективность не следует за движением среды и, так сказать, всегда запаздывает. Эпилептоид — существо аффективное по преимуществу, но эта аффективность прилипчива и недостаточно подвижна. Испытывая затруднения вибрировать в униссон с людьми, эти люди связываются аффективно преимущественно с предметами: отсюда любовь к порядку. Не умея охватить многих людей, они концентрируют свою аффективность на группах их, или же на общих идеях с сентиментальной или мистической окраской (всеобщий мир, религия): в их взаимоотношениях с себе подобными личная печать отсутствует, но преобла-

дает общая моральная оценка: они ведут себя, не отдавая себе в этом отчета, как носители моральной или религиозной миссии; в интеллектуальной области они замедленны; задерживаются на деталях и теряют из виду целое; изменения и новое их не привлекает; они любят все продолжительное и устойчивое; это работники, но не творцы; напротив, они старательно сохраняют традиции и представляют собою консервативный фактор. Усугубляясь, эти черты доходят до болезненно замедленного психизма, так же как до слащавой и навязчивой аффективности и, наконец, до эгоцентризма (когда аффективность концентрируется на собственной персоне, как на объекте наиболее близком и требующем наименьших усилий приспособления). Ввиду их слащавой и липкой аффективности они часто производят впечатление фальшивых людей, не будучи ими в действительности: аффективность, делаясь все более и более вязкой и сопровождаясь растущим психическим замедлением, все менее и менее поспевает на зовы внешнего мира; становится все более и более недостаточной и, в конце концов, приводит к настоящему застою; последний создает для личности атмосферу удушливую, грозовую и насыщенную электричеством; за этим немедленно следует гром и молния. Застой вызывает взрывчатые ряды, противостоять которым субъект не в состоянии, они охватывают его внезапно, отличаясь неожиданностью, силой, вызывая затемнение сознания; замедленные становятся возбужденными — тогда приступы сильного гнева, импульсивные действия, фуги, длительные сумеречные состояния, видения, мистические идеи, — все черты, родственность которых с эпилепсией распознать не трудно».

Нарастание конституциональной интерперсональной деструктивности при движении по континууму «эпилептотимия — эпилептоидия — изменения психики (ментальности) при эпилепсии» подобным же образом описывали и крупней-

шие отечественные психиатры первой половины XX века — П. Б. Ганнушкин, Е. К. Краснушкин, П. М. Зиновьев, М. О. Гуревич, Т. И. Юдин.

Согласно сформулированной ранее концепции «реального поколения» речь идет о распространенности в популяции трех психотипов: эпиаффективного — подъемы профиля ММИЛ по шестой, а также второй-девятой шкалам, истерозпилептоидного (скиртоидного) — подъемы профиля ММИЛ по шестой и третьей шкалам, а также шизозпилептоидного — подъемы профиля ММИЛ по шестой и восьмой шкалам. Следует отметить, что эти психотипы неизбежно формируются в условиях не только исторических (ХЖС), но и при ТПС, как последствия пережитых катастроф. Основные механизмы здесь — многолетний навык невротической экстернализации цинизма, психологическое (и психохимическое) раскачивание, ведущее к нарастанию ригидности («застреванию») негативного аффекта и патологическому развитию аффектоэпилептоидности, истерозпилептоидности и шизозпилептоидности.

Аффектоэпилептоиды в наибольшей степени соответствуют представлению о возбудимости, взрывчатости вязкого аффекта: такая динамика описана у осужденных к лишению свободы при длительном (более 10 лет) пребывании в местах лишения свободы (т. е. в генезе аффектоэпилептоида очевидную роль играет ХЖС выживания). Аффектоэпилептоиды характеризуются непреодолимым стремлением к социальному реформаторству «любой ценой для окружающих». Литературным примером могут служить герои произведений А. Бестера «Человек без лица» и «Тигр... Тигр».

Истерозпилептоиды (скиртоиды) — этот структурно дисгармонический психотип в обыденной жизни соответствует представлению о «домашних тиранах» (демонстративность проявлений враждебности, нетерпимости, тираннии тем сильнее, чем более зависимо микросоциальное окружение): явления скиртоидности (характерная для куль-

туры горских народов интолерантность к нарциссической обиде) при вооруженных конфликтах делают истерозпилептоидов опасными, безжалостными и бескомпромиссными противниками. Литературный пример — Троекуров в «Дубровском» А. С. Пушкина.

Шизоэпилептоиды (параноидный тип личности) — сколько-нибудь длительное существование этого психотипа без манифестных бредовых расстройств в обычных условиях практически невозможно в связи с предельным характером центрального ИПК: напротив, в психопатологических условиях ЧС этот тип (даже более, чем скиртоидный) проявляет «чуждеса живучести» (синдром Зомби, 2.2.1.). В структуре параноидной личности всегда имеют место расстройства аффекта и нарушения социальной адаптации. Примеры следует искать в специальной (психиатрической) литературе.

Таким образом, индивидуальная психическая дегенерация (эпилептоидизация) в любом случае порождает устойчивые психотипы, с высокой степенью вероятности интерперсонально деструктивные. Эта деструктивность угрожает самим устоям общежития.

Историческая реальность Российского государства — более чем 400-летней опричной империи — привлекла к наложению беспрестанной череды ТПС на хронический, из поколения в поколение, ХЖС выживания. Культивирование эпилептотимного нарциссического национального характера имело подоплеку — стремление к власти не как проявлению организаторских способностей и интересов, а как к символу принадлежности к «кругу избранных» — невротическому (иллюзорно-виртуальному) средству поддержания комфорта, благосостояния и самооценки (проявление Эгомифизирования).

Второй его стороной стало (еще со времен Ивана Грозного) неудержимое стремление власть имущих (опричного «государства в государстве») воспитать «нового человека» — подчиняющегося без протеста и критики навязываемому «сверху» порядку вещей.

С другой стороны, Эго-мифизирование носителей властных функций опричного имперского государства зеркально сопровождается Эго-анахорезом (аутистической трансформацией личности) репрессируемого этно-культурного большинства.

В целом, эпилептоидный (и токсикоманический) метаневроз населения опричной империи, продукт экстернализации более чем 400-летней интрапсихической «гражданской войны», периодически переходил в кровавые «русские бунты» и завершился уже в наше время социальным застоём — прямым показателем угрожающей социальной деградации.

Таким образом, следует различать этнический восточнославянский эпилептотимный темперамент и невротический национальный характер великоросса (этнокультурного русского — москвитя). Этнический темперамент социально нейтрален, хотя и может составлять основу для накопления интерперсональной деструктивности (невротизма). Нарциссический невроз (структурный невротизм) русского национального характера сложился в условиях ХЖС выживания и представляет собой внутриличностную реальность гражданина опричного имперского государства.

Одним из самых неприятных последствий структурного невротизма русского национального характера является метаневроз индивидуального психического вырождения — эпилептоидизации личности. В реальном поколении встречаются три двухрадикальных психотипа: реформаторы-аффектоэпилептоиды, тираны-скиртоиды (истсроэпилептоиды) и параноидные шизоэпилептоиды. Все они характеризуются чрезвычайно высоким уровнем интерперсональной деструктивности.

Заключение по третьей главе

Психодиагностическим инструментом типологической классификации в силу уникального эмпиризма был избран русский модифицированный вариант ММРІ — Методика Многостороннего Исследования Личности (ММИЛ). Результаты его применения позволяют судить о реальном психоти-

пологическом поколении граждан современной России и, в то же время, обосновать своеобразный (конституционально-динамический) подход интерпретации данных психодиагностического тестирования с применением ММИЛ. На практике имеют место шесть «двухрадикальных» психотипов, с известной долей условности охватывающие каждую реальную популяцию (шизоаффектотимный, шизоистеротимный, истероаффектотимный, истерозпилептотимный, аффектозпилептотимный, шизоэпилептотимный).

Двойственность «реальных» конституциональных психотипов отражает структурный нарциссический невротизм национального характера великоросса (этнокультурного русского — москвитя).

Одним из основных вариантов метаневроза выступает индивидуальное психическое вырождение (усугубление конституционального этнического славянского эпилептотимного темперамента, психопатизация по эпилептоидному типу) в условиях наложения эффектов ТПС, переживаемого участниками ЧС, на исторический ХЖС выживания, конечной причиной которого являются более чем 400 лет жизни многих поколений граждан России в опричном имперском государстве.

Выраженная интерперсональная деструктивность аффектозпилептоида (реформатора «любой ценой»), истерозпилептоида (беспощадного тирана скиртоида), шизоэпилептоида (параноидного мономаниакального Зомби) угрожает самим устоям национальной государственности.

Резюме второй части

Процессуально-прогредиентный характер психопатологических последствий ЧС непосредственно связан с характерными особенностями трехзвенного механизма их первичного психогенеза, но не исчерпывается психогенетическими закономерностями.

В этом смысле вялопрогредиентный процесс психопатологических последствий ЧС может быть условно разделен на собственно невротический процесс, для которого характерно

быстрое формирование клиники нарциссического эго, и неуклонно следующие за ним метаневрозы (психосоматозы и прогерия, хронический алкоголизм и неалкогольные токсикомании, индивидуальная психическая дегенерация).

Нарциссический характер невротического процесса при психопатологических последствиях ЧС объясняется, прежде всего, исключительным существом чрезвычайной угрозы при катастрофе — мощной фрустрацией потребностей самоопределения при ЧС, автоматически порождающей фрустрационную регрессию аффекта в структуре синдрома Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности).

Закономерности Эго-стресса у участников ЧС таковы, что они неуклонно ведут к углублению интрапсихического конфликта и переходу его к предельным формам центрального (идеалистического) интрапсихического конфликта с последующим его переходом в психобиологический конфликт между двумя сторонами Эго-реальности и развитием интрапсихической блокады агрессивно-гедонистических побуждений.

Конституциональный фактор — закрепление эпилептоидности как характеристики этнического славянского темперамента и невротизма (интерперсональной деструктивности) как характеристики национального характера великоросса (этнокультурного русского — москвитя) — ведет к усугублению течения невротического (метаневротического) процесса в условиях наложения эфффектов ТПС на исторический ХЖС выживания.

На материале психопатологических последствий ЧС могут быть сделаны несколько теоретических замечаний.

1. Невротизм (интерперсональная деструктивность) формируется на базе структурно-информационных особенностей организации Эго: идеализм составляет естественное свойство психики человека (внутренней реальности), условие успешного постижения (различения добра и зла) в освоении мира. Преобразование конструктивных внутренних противоречий в деструктивный невротический конфликт порождается участием в делах зла и выражается

переходом от внутренне свободного освоения мира к процессам адаптационной психодинамики, требующих заведомо невозможных энергозатрат на построение иллюзорных и/или виртуальных защитных (собственно невротических) конструкций.

2. Клиника собственно нарциссического невроза (аффективных и шизоаффективных, вплоть до аффективно-бредовых, расстройств) в современной России заметна больше у женщин, чем у мужчин. Напротив, у мужчин более заметны явления метаневрозов токсикомании, психосоматизации, или эпилептоидной психопатизации. Возможно, это связано с реальными особенностями жизни женщин в России (большей в сравнении с мужчинами долей житейских забот, тревоги и страдания), возможно, с конституциональной склонностью женщин к фрустрационной регрессии аффекта: представляется, скорее, что преобладание собственно невротических расстройств у женщин может быть связано с просоциальной направленностью полового поведения, в частности, с гиперхондрией.

3. Эго-ресурс, источник душевных и физических сил и средств поддержания чувства внутренней гармонии, комфорта и благополучия в условиях психоагрессии (воздействия некомфортных условий), фактически объединяет континуум явлений психопатологии тревоги (невротического процесса) и психопатологии страдания (метаневротического процесса) в диапазоне от ТПС катастрофы (в том числе, ХЖС выживания) до явлений естественнобиологического старения. Этот континуум заполняется клиническими картинами острых психоневротических (аффективно-шоковых) реакций, невроза тревоги, психоневрозов, нарциссического невроза, интоксикационных, эндоформных и эндогенных психозов, слабоумия, суицидальности и социальной деструктивности, психосоматических болезней и прогерии.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС

В начале было Слово,
и Слово было у Бога,
и Слово было Бог.

От Иоанна Святое Благовествование гл. 1; 1

Направленность и содержание терапевтических (и профилактических) усилий определяются тем обстоятельством, что психопатологические последствия ЧС имеют тенденцию развиваться как прогрессивный процесс, характеризующийся неуклонностью патологической эволюции личности и формированием клиники нарциссического невроза и, далее, различных форм метаневроза (психосоматозов и прогерии, хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий или явлений индивидуального психического вырождения).

Поэтому могут быть названы три основных направления диагностики и терапии психопатологических последствий ЧС:

- предупреждение формирования невротического процесса, выявление и лечение первичного Эго-стресса (для этого необходимы меры психиатрической и психотерапевтической экспресс-диагностики и экспресс-коррекции в очаге ЧС);
- предупреждение перехода центрального ИПК в психобиологический (аутоиммунный) конфликт (для этого необходимо, прежде всего, переосмысление ключевой роли этого этапа в патогенезе и клинической динамике психопатологических последствий ЧС);
- лечение манифестного метаневротического расстройства (с учетом массовидного характера этих расстройств,

круг которых охватывает, по меньшей мере, четыре процессуальные группы, здесь на первый план выходят вопросы организации здравоохранения).

Во всех этих случаях речь идет, таким образом, об усилиях (на фоне биологической терапии) по психотерапевтической коррекции первичного Эго-стресса, предупреждению его перехода в хронический, перманентный вторичный Эго-стресс и преодолению явлений *identity crisis* (кризиса самоопределения); иными словами, об анти-Эго-стрессовой направленности психотерапии.

Построение психотерапевтической (и, в целом, терапевтической) тактики строится на ряде изложенных ранее клинических и теоретических позиций. Прежде всего это следующие позиции:

— психическим здоровьем следует считать такое положение дел, которое обеспечивает свободный ресурс для активного освоения мира на базе веры и знания, в реальной же жизни мы имеем дело с популяционным стандартом нарциссического невротизма граждан России и, следовательно, с преобладанием процессов адаптационной психодинамики;

— опыт ЧС (как третий «великий уравнитель») реализуется в регрессию аффекта (невроз регрессии), формируя картину Эго-стресса, а конституциональные эпилептоимия и нарциссизм граждан России способствуют формированию клинической картины нарциссического невроза, психосоматического, токсикоманического и дегенеративного метаневрозов;

— обратная динамика, актуализация ИПК (невротизма) по мере снятия явлений психобиологического (аутоиммунного) конфликта в ходе лечения метаневроза обуславливает необходимость длительности психотерапевтических усилий и осмотрительности психотерапевта в оценке индивидуального ресурса реадаптации нарциссического невротика.

С позиции личного опыта работы могут быть рассмотрены лишь некоторые стороны двух аспектов терапевтических усилий. Это:

- содержание профессиональной деятельности врача-психиатра (психотерапевта) в очаге ЧС и
- средства и методы психотерапевтической коррекции явлений вторичного (перманентного) Эго-стресса.

ГЛАВА 1. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРА (ПСИХОТЕРАПЕВТА) В ОЧАГЕ ЧС

Во время дела сгоряча
Не стреляй в полкового врача.

Козьма Прутков «Военные афоризмы»

Опыт профессиональной работы в очагах ЧС у отечественных врачей-психиатров (психотерапевтов) еще очень невелик. Между тем, острые психические и психосоматические расстройства относятся к числу самых распространенных медицинских последствий катастрофы, они усугубляют санитарные и безвозвратные потери в ЧС, дезорганизуя поведение человека именно в те моменты, когда необходимо экстренно принимать решения и действовать для спасения жизни, своей или других пострадавших.

Последний аспект — сохранение и восстановление психического и соматического здоровья специалистов службы медицины катастроф и других профессиональных служб, участвующих в ликвидации последствий катастроф — приобретает постепенно все большее значение.

Представляется целесообразным, на основании личного опыта работы с некоторыми профессиональными контингентами ликвидаторов последствий различных катастроф, рассмотреть два аспекта профессиональной деятельности врача-психиатра (психотерапевта) в очаге ЧС:

— методы и средства экспресс-психокоррекции в работе с профессиональными контингентами в очаге ЧС,
— применение психометрической модификации 8-цветового варианта теста М. Люшера в целях экспресс-психодиагностики Эго-стресса.

1.1. Некоторые особенности работы психиатра (психотерапевта) с профессиональными контингентами в очаге ЧС

Я знаю, никакой моей вины
В том, что другие не пришли с войны,
В том, что они — кто старше, кто моложе —
Остались там, и не о том же речь,
Что я их мог, но не сумел сберечь,
Речь не о том, но все же, все же, все же...

Александр Твардовский

«Третий великий уравниватель» — чрезвычайная угроза и обусловленная ею фрустрация потребностей самоопределения — порождают у профессиональных участников ЧС (в последующем тексте — ликвидаторов последствий катастроф) явления Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности). По-видимому, важную роль в процессах последующей эволюции психопатологических последствий ЧС уже в это время могут играть подспудные болезненные переживания вины, стыда и отвращения, испытываемые ликвидаторами последствий катастрофы в связи с их профессиональной деятельностью. При этом первично скрытая клиническая картина Эго-стресса (фрустрационная регрессия психики и поведения, аффект недоумения, феномены психалгии и дисторсии) имеет тенденцию проявляться острыми стрессовыми реакциями (об этом говорилось в разделе 1.1. гл.1). Как уже отмечалось, для ситуации профессиональной (и, в меньшей степени, иной целенаправленной) деятельности в очаге ЧС характерны три клинические формы таких сочетанных реакций.

1. *Конфликтные реакции* (интерперсональные конфликты) на почве борьбы за власть и социальный статус, право доминирования и контроля за распределением функциональных обязанностей участников-профессионалов (ситуация, описанная в романе «Стажеры» А. и Б. Стругацких). Характерным условием обстановки является хронический дискомфорт: реакции «вспыхивают» на фоне выраженного психофизиологического утомления. Значительное место в структуре утомления занимают расстройства сна психогенной природы (п. F 51 МКБ-10). Обнаруживаются выраженные признаки конституциональной эпилепсии (профиль ММИЛ определяется ведущими подъемами по шестой и третьей шкалам) и/или эпилепсией (профиль ММИЛ определяется ведущими подъемами по шестой и второй/девятой шкалам).

2. *Реакции хаотического деструктивного возбуждения*, мощного, неуправляемого и кратковременного, на бытовой почве («драки») (ситуация, описанная в романе «Тарзан» Э. Берроуза). Характерным условием обстановки является социальная дезорганизация как «фактор утешения»: реакции вспыхивают, как правило, на фоне алкогольных эксцессов. Обнаруживаются выраженные признаки эпилепсии (профиль ММИЛ определяется ведущими подъемами по шестой и второй/девятой шкалам) и/или шизоэпилепсией (профиль ММИЛ определяется ведущими подъемами по шестой и восьмой шкалам), при выраженных антиобщественных тенденциях (профиль ММИЛ характеризуется также подъемом по четвертой шкале).

3. *Острые соматоформные (метаневротические) реакции* (чаще — сердечно-сосудистые кризы), как правило, на почве «психологического раскачивания», связанного с необходимостью исполнения профессиональных обязанностей в ожидании субъективно значимой информации (ситуация, описанная в романе «Живые и мертвые» К. Симонова). Характерным условием обстановки является наличие

мощного «фактора утрашения»: реакции вспыхивают на фоне переутомления, велика также роль хронической алкогольной интоксикации. Обнаруживаются признаки конституциональной слабости вегетативно-сосудистого регулирования как соматического компонента истероаффективной конституции (в профиле ММИЛ отражающегося подъемами по третьей и второй/девятой шкалам). Значительное место в структуре таких реакций занимают расстройства сна (Психогенные расстройства сна, п. F51 МКБ-10).

С другой стороны, особенности работы врача-психиатра (психотерапевта) с профессиональными контингентами в очаге ЧС определяет цель терапевтических усилий — сохранение и поддержание профессиональной работоспособности ликвидатора последствий катастрофы в очаге ЧС. При этом надо отметить, что профессиональные перегрузки у них (в том числе и в результате воздействия «факторов утрашения») практически неустранимы. Эго-стресс у них развивается неуклонно и закономерно, а неплановая замена вышедших из строя ликвидаторов последствий катастрофы, в любом случае, нежелательна. Следовательно, «цена успешности» профессиональной деятельности ликвидатора последствий катастрофы в очаге ЧС очень велика.

Работа ликвидатора последствий катастрофы тяжела (иногда даже грязна), вредна для психики и опасна для жизни, сопряжена с неустранимым астенизирующим дискомфортом и предельным напряжением физических и душевных сил.

Переживание Эго-стресса с высокой вероятностью острых стрессовых реакций, утомления и переутомления, дискомфорта и «психологического раскачивания», алкогольных и других поведенческих эксцессов, острых сердечно-сосудистых и иных соматоформных расстройств при настоятельной необходимости поддержания и сохранения профессиональной работоспособности различных контингентов ликвидаторов последствий катастроф именно в очаге ЧС диктует особенности терапевтической тактики, специфические именно для психиатрии катастроф.

Могут быть названы три аспекта терапевтической тактики психиатрической (психотерапевтической) работы с контингентами ликвидаторов последствий катастроф в очаге ЧС:

- мероприятия по повышению неспецифической толерантности по отношению к Эго-стрессу (стресс-протекция);
- мероприятия по смягчению напряженности Эго-стресса и предупреждению острых реакций на стресс;
- мероприятия по коррекции и лечению острых реакций на стресс в очаге ЧС.

Практика показала, что все виды терапевтического воздействия в очаге ЧС являются прежде всего психотерапевтическими. Применение стресс-протекторов, физиотерапевтических методов, средств традиционной медицины и оздоровления, психофармакологических средств, в конечном счете, дает необходимый эффект сохранения профессиональной работоспособности лишь постольку, поскольку способствуют поддержанию психотерапевтической атмосферы, противодействуют накоплению и реализации структурного неврозизма — интерперсональной деструктивности.

Общей характеристикой необходимого психотерапевтического климата является его направленность на поощрение идеализированного Эго-образа ликвидатора последствий катастрофы как «благородного и мужественного альтруиста». Такой образ в настоящее время поддерживается, в целом, средствами масс-медиа. Следует, однако, иметь в виду, что аффект-идеи «миссии» и «корпорации» легко приобретают черты глубинного неврозизма (интерперсональной деструктивности) и могут служить выражением определенного раскола между идеализированным Эго-образом (Я-концепцией) и актуальным Эго (Эго-ресурсом — стереотипом удовлетворения агрессивного-гедонистических побуждений).

В очаге ЧС именно эти порождения структурного неврозизма (в частности синдром Рэмбо, о чем уже говорилось в разделе 2.2.2) способствуют актуализации центрального

интрапсихического конфликта и эксацербации аффективных и шизоаффективных расстройств. В этих условиях недирективная психоаналитически ориентированная психотерапия позволяет решать одновременно две задачи — поддерживать необходимый уровень реализма в мировосприятии ликвидатора последствий катастрофы и способствовать некоторой идеализации его самооценки. При этом средством противодействия невротической деструктивности является внедрение в индивидуальное сознание концепции профессиональной деятельности, индивидуальной профессиональной пригодности и индивидуального вознаграждения за успешную профессиональную деятельность, адекватного ее трудности и опасности.

Недирективно выражаемое признание высокого профессионального мастерства, косвенные указания на успешность профессиональной деятельности, «ненароком вырвавшееся», выражаемое в форме метафоры, восхищение личными достоинствами (прежде всего самообладанием и самодисциплиной) ликвидатора последствий катастрофы; вообще, все виды недирективного психотерапевтического использования концепции профессионализма способствовали поддержанию идеализированного (не-невротизированного) Эго-образа ликвидатора последствий катастрофы.

Изложенные соображения могут быть обобщены в принципе ОПОРЫ: действия психотерапевта должны служить поддержанию идеализированной самооценки и реалистического мировосприятия ликвидатора последствий катастрофы одновременно — задача технически весьма сложная. Поэтому второй стороной работы психотерапевта с ликвидаторами последствий катастрофы являются усилия, направленные на недопущение перехода иллюзий «психопатологии тревоги» в виртуальность «психопатологии страдания»:

— техника, способствующая отграничению чрезмерного (идушего от людей, а не от Бога) страдания от «страдания опыта жизни»,

— техника «реального утешения», способствующая «разрешению» страдания.

Различные аспекты подобным образом ориентированной индивидуальной психотерапии рассматриваются в работах многих авторов: фактически врач-психотерапевт в этой работе нередко выступает в роли «исповедника».

Другим средством поддержания идеализированного Эго-образа и достаточной успешности деятельности профессионалов представляются групповые мероприятия (по типу психодрамы Морено). Стихийной формой такой психотерапевтической драмы являются групповые алкогольные эксцессы, так или иначе имеющие место в очагах ЧС, несмотря на все усилия по их предупреждению. Опыт проведения такой психодрамы (празднование «комсомольской свадьбы») показал достаточную психотерапевтическую эффективность ее с точки зрения повышения реалистичности мировосприятия непосредственных героев психодрамы с психотипом Рэмбо. В то же время, психотерапевтические мероприятия подобного рода в очаге ЧС неизбежно напоминают «Пир во время чумы» и, в атмосфере чрезмерного страдания, сами по себе могут невротизировать их участников, пробуждая архаическое переживание болезненной вины.

Предпочтительными методами психотерапевтической работы с ликвидаторами последствий катастрофы в очаге ЧС являются средства индивидуального рекомфортизирующего экспресс-воздействия с использованием неспецифических стимулов (арттерапия, музыкотерапия, некоторые методики массажа — мануальной терапии и оздоровительной гимнастики).

Так, для купирования агрессивного возбуждения успешно применялся гипоксикатор Стрелкова (отмечался отчетливый эффект снижения уровня побуждений при незаметно для пациента возникающей гипоксической гипоксии). Для снятия раздражения (аффективного заряда враждебного недоверия) — 8-цветовой вариант теста М. Люшера (ис-

пользовался отмечаемый автором теста катартический эффект повторных раскладок). Для релаксации и облегчения перехода ко сну при явлениях переутомления — музыка (фрагменты из произведений композиторов Ж. -М. Жарра и Вангелиса). Для снятия явлений астении и психофизиологического утомления — массаж и оздоровительная гимнастика (элементы Розен-метода и методики мануальной терапии Масаюки Саендзи).

Фактически все перечисленные методы терапевтического воздействия можно рассматривать как неспецифические средства стресс-протекции (особенно — гипоксикатор Стрелкова). Однако целенаправленно для снятия явлений фазы истощения применялся только препарат-метаболит Лимонтар (смесь лимонной и янтарной кислот), обладающий эффектом усиления секреторной деятельности желудка (как уже указывалось, злоупотребление алкоголем играло существенную роль в структуре нарушений поведения ликвидаторов последствий катастрофы, в связи с чем нередки были явления постинтоксикационного синдрома). Энергизирующий эффект терапии Лимонтаром был весьма выраженным. Кроме того, его специфический лимонный вкус способствовал восстановлению чувства внутреннего комфорта и повышению настроения (т. с. имела место стресс-протекция). Вообще использование фактора питания (прежде всего, потребление деликатесов и сладостей) для восстановления чувства комфорта и благополучия давало ощутимый эффект.

В качестве недирективной психоаналитически ориентированной терапии использовался также подробный рассказ о результатах психодиагностического тестирования (прежде всего по данным ММИЛ): особенностью этой методики было активное предложение пациенту психотерапевтом на выбор возможных вариантов глубинной мотивации его действий (т. е. опора на представление о чрезвычайной угрозе как «третьем великом уравнителе», предопределяющим возможные направления эволюции личности участника ЧС).

Наконец, достаточно широко использовалась психофармакологическая медикация ликвидаторов последствий катастрофы *ex juvantibus*. Выбор лекарственного препарата, учитывая требования экспресс-коррекции имеющихся аффективных и шизоаффективных нарушений, осуществлялся в соответствии с концепцией четырех базовых (по Ф. Б. Березину) психотропных эффектов — двух непосредственных, энергизирующего и транквилизирующего, и двух собственных — антидепрессивного и психокорригирующего (антипсихотического). Поскольку эффекты терапии не должны были негативно сказываться на работоспособности пациентов, психотропная терапия в очаге ЧС осуществлялась только с отдельным или сочетанным применением малых дозировок двух средств — транквилизирующего антидепрессанта Леривона (Миансерина) — 15—30 мг в день и транквилизирующего нейролептика Сонапакса (Тиоридазина) — 5—10 мг в день в течение 10—14 дней.

Транквилизаторы из группы бензодиазепинов, а также другие седативные средства были категорически исключены из употребления из-за выраженных остаточных явлений их применения (миорелаксации, чувства вялости, разбитости, рассеянности). Исключения составили лишь немногочисленные случаи медикаментозной терапии остро развившихся психотических расстройств, при которых в/м или в/в назначение клинических дозировок Реланиума, Феназелама, Аминазина и/или Галоперидола сопровождалось мероприятиями по эвакуации пациента из очага ЧС.

Показанием для назначения амбулаторной терапии Лерином и Сонапаксом была, как правило, нерезко выраженная клиника субдепрессии с адинамической (астенической, апатической, ипохондрической или соматоформной) маской шизоаффективных расстройств (что отражалось типичными формами профиля ММИЛ с выраженными подъемами по второй и восьмой шкалам при достаточной высоте подъемов). В любом случае, амбулаторное назначение названных психотропных средств осуществлялось лишь по просьбе пациентов

с соблюдением врачебной тайны. При этом давались подробные рекомендации по организации охранительного поведения с учетом структуры профессиональных обязанностей.

Непосредственный транквилизирующий эффект отмечался объективно и субъективно с первых же дней терапии. Терапия сочетанием Леривон—Сонапакс показала себя как эффективное средство профилактики конфликтных и хаотических реакций (эффект коррекции поведения). Психофармакотерапия *ex juvantibus* помогала данной категории ликвидаторов успешно исполнять производственные обязанности до конца смены.

В связи с известными ограниченными на применение транквилизаторов и седативных медикаментов в всех группах оставалась малокурабельной категория пациентов (к счастью, немногочисленная) с острыми соматоформными реакциями (в каждом таком случае вставал вопрос о временной нетрудоспособности и эвакуации из очага ЧС). Значительную проблему создавали психогенные расстройства сна, требовавшие значительных психотерапевтических усилий. Можно отметить, что буквально в последние два года в практику амбулаторной психотерапии вошел новый снотворный препарат Золпидем (Имадал, Стилнокс), обещающий произвести революцию в фармакотерапии нарушений сна у ликвидаторов последствий катастроф, работающих в очаге ЧС, в связи с отсутствием остаточных эффектов действия.

Медикаментозная (психотропная) терапия в целом рассматривалась как фон для более активной рекомфортизирующей психотерапии.

Интересно отметить, что практика амбулаторной терапии пациентов с PTSD показывает целесообразность применения именно малых доз транквилизирующих нейролептиков-корректоров поведения (Сонапакс, Терален, Тиапридал), что, по видимому, непосредственно связано с клинической структурой Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности). Возможно, в данном случае речь идет о специфике амбулаторной фармакотерапии психических расстройств в современной России.

В заключение представляется важным добавить, что в очагах ЧС частота спонтанных обращений ликвидаторов последствий катастроф за помощью к психотерапевту (психиатру) оказалась, против ожидания, достаточно высокой.

Таким образом, особенности работы врача-психиатра (психотерапевта) с ликвидаторами последствий катастрофы в очаге ЧС составляет собственное поле психиатрии катастроф в связи с двумя обстоятельствами: единым механизмом развития клинической картины Эго-стресса и необходимостью сохранить и поддержать профессиональную работоспособность ликвидаторов последствий катастроф именно в очаге ЧС. Психотерапевтические по своей направленности действия врача включают в себя комплекс разнообразных экспресс-методов и средств восстановления нарушенного чувства внутреннего комфорта и благополучия; «сверхзадачей» этого комплекса является противодействие накоплению структурного невротизма.

1.2. Психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Люшера

Едва закрою я глаза —
Уж вижу краски, краски, краски.
На желтом фоне в буйной пляске
Узоры чертит бирюза.
Горят багряные эмали
Неуловимый перелив
От фиолетовой печали
В трубнооранжевый порыв...

А. В. Луначарский

Разработка психометрической модификации 8-цветового варианта теста М. Люшера была предпринята с целью создания надежного (математически) метода диагностики структурного (нарциссического) невротизма. Практика показала применимость методики для экспресс-оценки структуры и динамики Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности) в очаге ЧС.

1.2.1. Теоретические подходы к проблеме

При разработке психометрической модификации 8 ЦТЛ важную роль играли, с одной стороны, особенности этой методики, а с другой концептуальный подход к изучаемым психологическим характеристикам.

Прежде всего 8 ЦТЛ представляется почти идеальным неструктурированным проективным тестом, поскольку в соответствии с инструкцией субъект осуществляет выбор практически не имеющего формы стимульного материала, руководствуясь при этом лишь собственным критерием симпатии (или антипатии) к цвету.

Кроме того, инструкция теста «запускает» нейропсихологические механизмы категориального цветовосприятия. Известно, что в обыденной жизни человек воспринимает огромное количество оттенков цветов, включая ахроматические: названий же (категорий) цветов сравнительно немного. Согласно инструкции 8 ЦТЛ при категориальной классификации стимульного материала субъект должен определить свое отношение к нему.

Выполняя эту задачу, он проецирует на свои действия собственный индивидуальный стиль эмоционально-потребностной и познавательной деятельности. Цвет сам по себе, без определенной личностной позиции человека, в роли символа не выступает, а лишь ассоциируется с теми или иными предметами и явлениями реальности. Выбор же цвета приобретает символический характер, поскольку субъект выражает им свое отношение ко всему набору предметов и явлений, которые ассоциируются с данным цветом.

Иначе говоря, цветовое предпочтение выступает феноменом реальности воображения.

Далее выполнение теста можно рассматривать как математическую процедуру категоризации оттенков цвета. Если бы субъект имел задание расположить в порядке симпатии (или антипатии) существующее в реальной жизни бесчисленное множество оттенков цветов на бесчисленное множество позиций, исследователь был бы вправе устанав-

ливать прямолинейную связь позиции каждого такого оттенка с его ассоциативным личностным смыслом.

На практике происходит иначе. Во-первых, каждый из цветов, входящих в 8 ЦТЛ, с точки зрения категориального цветовосприятия является неким статистическим срединным вариантом. Во-вторых, количество позиций ограничивается по мере выбора предпочитаемого цвета, и, таким образом, позиции менее предпочитаемых цветов становятся все в большей степени вынужденными. Поэтому адекватным для психометрической модификации 8 ЦТЛ является математический аппарат вариационной статистики.

Затем можно полагать, что выбор цветов, включенных в 8 ЦТЛ, неслучаен. Психофизические характеристики именно этих цветов придают им определенное значение — восемь цветов теста ассоциируются с важнейшими сторонами жизни человека, а их совокупность достаточно полно охватывает поле его бытия в мире. Можно полагать, что ассоциативное значение цветов, включенных в 8 ЦТЛ, порождает внутренне противоречивый характер выбора цвета субъектом — симпатии к одним из них сопутствует антипатия к некоторым другим.

На проблеме ассоциативного значения цветов, включенных в 8 ЦТЛ, следует остановиться более подробно. В данном контексте эта проблема рассматривается с позиции когнитивного подхода к концепции адаптационной психодинамики. При таком подходе на первый план выходят значения черного и серого цветов.

Черный цвет (№ 7) — ахроматический, не цвет, а его отсутствие, более того, отсутствие света, т. е. тьма. Сотворение света и его отделение от тьмы было одним из первых актов божественного творения.

Именно первоначальное отделение света от тьмы привело к созданию цветовой гаммы. Поэтому белый цвет (свет) ассоциируется с небытием, содержащим возможность развития, потенциальным бытием. Выбор субъектом белого цвета символизировал бы преобладание надежды,

планов и экспектаций. Напротив, черный цвет (тьма) ассоциируется с опустошенным бытием, завершением земного бытия человека. Выбор субъектом черного цвета символизирует утрату иллюзий (страдание), желание уйти от мучительного несовершенства, тягот и невзгод земного бытия человека, идеалистическое (невротическое) стремление к совершенству.

Как известно, белый цвет не входит в набор 8 ЦТЛ. Сам М. Люшер полагает, что место отсутствующего в наборе белого цвета занимает желтый (солнечный) цвет (№ 4). Представляется, однако, что естественной антитезой цвету, выбор которого символизирует стремление к уходу от проблем земного бытия, должен служить цвет, выбор которого символизировал бы суть бытия человека в мире — экзистенциальную тревогу.

Поэтому рассмотрение ассоциативного значения серого цвета (№ 0) как антитезы ассоциативного значения черного цвета является принципиальным. Здесь важны физика и психофизиология серого цвета — он ахроматичен и возникает при быстром чередовании (мелькании, смешении) контрастных (прежде всего черного и белого) цветов. Такое мелькание само по себе вызывает у человека дискомфортное ощущение неопределенности, неустойчивости, изменчивости происходящего, чувство неуверенности, угрызения (элементы интер- и гиперметаморфоза). Другими словами, серый цвет ассоциируется с временностью, неопределенностью, непредсказуемостью, преходящестем и скоротечностью бытия человека в мире. Предпочтение серого цвета — это погруженность в мир проблем, забот, треволнений бытия.

Именно в указанных значениях (совершенство — несовершенство, некротизм — биос) черный и серый цвета составляют первую, базовую пару противоположных символов при их выборе в порядке предпочтения.

Вторая такая пара — желтый (№ 4) и синий (№ 1) цвета. Оба они хроматические, содержат в себе значительную долю

красного, поэтому воспринимаются как «теплые». В результате желтый цвет ассоциируется с дневной бодростью, радостью и благополучием, а синий — с ночным покоем, радостью и благополучием. Таким образом, предпочтение этих цветов не столько символизирует, сколько непосредственно отражает уровень бодрствования или релаксации, т. е. функциональное состояние центральной нервной системы.

Третью естественную антитезу составляют коричневый (№ 6) и оранжево-красный (№ 3) цвета. Их можно назвать сугубо земными, поскольку они ассоциируются с жизнедеятельностью человеческого организма, его физиологическими потребностями. Оранжево-красный — хроматический, смешанный, близкий к цвету артериальной крови, пламени: коричневый — ахроматический, напоминает цвет экскрементов. Оба соответствуют бездуховной, животной стороне бытия человека в мире. При этом оранжево-красный ассоциируется с агрессивной, «хищной» стороной телесной природы человека, тогда как коричневый — с гедонической (пассивной), «жвачной». Выбор оранжево-красного цвета символизирует преобладание энергозатратных потребностей, агрессивной установки, а коричневого цвета — преобладание потребностей энергосбережения, гедонистической установки.

Два оставшихся цвета — фиолетовый (№ 5) и сине-зеленый (№ 2) — ассоциируются с функционированием двух механизмов реальности воображения магического действия (заклинания) и мифотворчества. Сине-зеленый цвет образуется при добавлении к зеленому изумрудного оттенка, что придает холодно-пронзительное качество, принципиально отличающее его от хроматического зеленого. М. Люшер отмечает способность этого цвета провоцировать эпилептиформные состояния. Сине-зеленый цвет ассоциируется с мифотворческим мировосприятием. Предпочтение при выборе сине-зеленого цвета символизирует преобладание фрустрации, переживание обиды, гордыни и тщеславия, говорит об относительной ригидности аффекта. Фиолетовый цвет —

спектральный, образуется при смещении полярных (красного и синего) цветов видимого спектра, переходит в невидимую часть спектра, ассоциируется с магическим мировосприятием. Предпочтение при выборе фиолетового цвета символизирует преобладание психического стресса, переживания вины, стыда и отвращения говорит об относительной лабильности аффекта.

1.2.2. Инфраструктура психометрической модификации 8 ЦТА

При традиционной процедуре тестирования взаиморасположение некоторых пар цветов в восьмипозиционном ряду неслучайно, их сочетание без повторений подчиняется закону нормального распределения и отражает закономерности функционирования психологических и психопатологических механизмов, формирующих актуальное психическое состояние и устойчивые особенности личности (табл. 3 и рис. 1).

У мужчин такое распределение обнаружено в восьми, у женщин — в 13 (из 28 возможных сочетаний без повторений). Обнаруженная закономерность распространяется как на результат первого, так и последующих выборов.

Вычисления производились А. Ф. Бобровым и свидетельствуют о высокой достоверности нормального распределения.

Нормальный закон распределения предполагает конституциональный характер изучаемых явлений и считается со времен Ф. Гальтона одной из основ психометрии. Нормальное распределение дистанций между любыми двумя цветами может быть представлено в виде биполярной шкалы, показатель которой отражает популяционный стандарт соответствующих характеристик индивидуального стиля эмоционально-потребностной и познавательной деятельности.

Инфраструктура психометрической модификации 8 ЦТЛ у мужчин включает следующие шкалы.

Шкала 1. Образуется противостоянием серого и коричневого цветов. Их соотношение отражает состояние телесно-

Таблица 3
Средние значения шкал психометрической модификации (ПМ)
8-цветового варианта теста М. Люшера

Шкалы	Средние значения	Среднеквадратические отклонения
МУЖЧИНЫ		
1. 0—6	0,03	2,72
2. 0—1	- 0,04	2,82
3. 7—1	- 2,00	1,89
4. 7—6	- 1,78	2,48
5. 5—6	1,3	3,48*
6. 5—2	- 0,64	2,75
7. 5—3	0,56	2,81
8. 4—3	- 0,32	2,44
ЖЕНЩИНЫ		
1. 1—0	- 0,54	2,02
2. 4—0	- 0,82	2,95*
3. 7—0	- 1,58	2,58
4. 7—1	- 1,07	2,52
5. 7—2	- 2,98	3,30*
6. 7—3	- 2,08	3,32*
7. 7—5	- 3,08	2,88*
8. 6—5	- 1,97	3,23*
9. 4—5	- 1,98	3,49*
10. 1—5	- 1,71	2,93*
11. 1—2	- 1,46	3,69*
12. 3—2	- 0,89	2,53
13. 3—6	1,08	3,02*

Примечание. Знак (*) обозначает условно биполярные шкалы.

Рисунок 1
Бланк психометрической модификации
(ПМ) 8-цветового варианта теста М. Люшера

ФИО _____		ДАТА _____	
ОБРАЗОВАНИЕ _____		ПРОФЕССИЯ _____	
ДОЛЖНОСТЬ _____		ВОЗРАСТ _____	
ХАРАКТЕР ЧС(ТПС) _____			

П	А	Д	И	Н						
					ПРАВ.	ЛЕВ.	ПРАВ.	ЛЕВ.	ИЗ.	ИЗ.
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

ПРЕСТО	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
БАЛЛЫ	8	7	6	5	4	3	2	1
1 0-6								
2 0-1								
3 7-1								
4 7-6								
5 5-6								
6 5-2								
7 5-3								
8 4-3								
9 1-0								
1 4-0								
2 7-0								
3 7-1								
4 7-2								
5 7-3								
6 7-3								
7 3-5								
8 6-5								
9 4-5								
10 1-5								
11 1-2								
12 3-2								
13 3-6								
БАЛЛЫ	8	7	6	5	4	3	2	1
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

М

ПРАВ. ЛЕВ. ПРАВ. ЛЕВ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ.

1 2 3 4 5 6 7 8

ПРАВ. ЛЕВ. ПРАВ. ЛЕВ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ.

1 2 3 4 5 6 7 8

Ж

ПРАВ. ЛЕВ. ПРАВ. ЛЕВ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

ПРАВ. ЛЕВ. ПРАВ. ЛЕВ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ. ИЗ.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

го компонента психовегетативного равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о комфортном состоянии. По мере сдвига показателя в сторону серого цвета следует думать о дискомфорте с клиникой вегетативной дисфункции вплоть до пароксизмальных расстройств. Напротив, при сдвиге к коричневому цвету можно говорить о физическом наслаждении вплоть до оргазма.

Шкала 2. Образуется противостоянием серого и синего цветов. Их соотношение отражает состояние чувственного компонента психовегетативного равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о переживании душевного покоя. По мере сдвига показателя в сторону серого цвета следует думать о нарастании чувства угрозы. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о переживании сонливости вплоть до погружения в сон (нирвану).

Шкала 3. Образуется противостоянием черного и синего цветов. Их соотношение отражает состояние чувственного компонента психосоматического равновесия. В диапазоне нормы можно говорить о переживании благополучия. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета следует думать о переживании страдания вплоть до психалгии. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о снижении остроты переживаний вплоть до апатии (адинамии).

Шкала 4. Образуется противостоянием черного и коричневого цветов. Их соотношение отражает состояние телесного компонента психосоматического равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о телесном благополучии. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета следует думать о нарастании телесных расстройств вплоть до мучительной боли. Напротив, при сдвиге к коричневому цвету можно говорить о физическом блаженстве вплоть до экстаза.

Шкала 5. Образуется противостоянием фиолетового и коричневого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии духовной и телесной жизни мужчины в той ее части, которая касается удовлетворения по-

требностей в комфорте и благополучии. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета наблюдаются проявления самоограничения вплоть до аскетизма, идей искупления. Напротив, при сдвиге к коричневому цвету можно говорить о проявлениях гедонии.

Шкала 6. Образуется противостоянием фиолетового и сине-зеленого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии мифотворчества и магического действия (заклинание) при формировании реальности воображения. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета наблюдаются проявления альтруизма, переживания чувства вины вплоть до идей самопожертвования. Напротив, при сдвиге к сине-зеленому цвету можно говорить о проявлениях эгоизма, переживании обиды.

Шкала 7. Образуется противостоянием фиолетового и оранжево-красного цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии духовной и телесной жизни мужчины в той ее части, которая касается удовлетворения агрессивных потребностей. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета наблюдаются проявления идеализма вплоть до идей самообвинения. Напротив, при сдвиге к оранжево-красному цвету можно говорить о проявлениях сексуальной агрессивности, брутальности.

Шкала 8. Образуется противостоянием желтого и оранжево-красного цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии побуждений в сфере интерперсональных отношений. По мере сдвига показателя в сторону желтого цвета наблюдаются проявления безынициативной подчиняемости вплоть до феномена благодушия. Напротив, при сдвиге к оранжево-красному цвету можно говорить о проявлениях интерперсональной агрессивности, безудержности.

Инфраструктура психометрической модификации 8 ЦТЛ у женщин существенно отличается от таковой у мужчин и включает следующие шкалы.

Шкала 1. Образуется противостоянием серого и синего цветов. Их соотношение отражает состояние чувственного

компонента психовегетативного равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о переживании душевного покоя. По мере сдвига показателя в сторону серого цвета следует думать о нарастании чувства угрозы. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о переживании сонливости вплоть до погружения в сон (нирвану). Аналог шкалы 2 у мужчин.

Шкала 2. Образуется противостоянием серого и желтого цветов. Их соотношение отражает состояние телесного компонента психовегетативного равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о комфортном бодрствовании. По мере сдвига показателя в сторону серого цвета следует думать о переживании телесного дискомфорта с поиском источника угрожающей опасности. Напротив, при сдвиге к желтому цвету можно говорить о физическом наслаждении с оттенком сверхбодрствования.

Шкала 3. Образуется противостоянием серого и черного цветов. Их соотношение отражает конституциональную направленность аффективного реагирования. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии тревоги и страдания, мотивационной и эмоциональной систем головного мозга. По мере сдвига показателя к серому цвету следует думать о нарастании вегетотонии. Напротив, при сдвиге к черному цвету можно говорить о нарастании аффектоимии.

Шкала 4. Образуется противостоянием черного и синего цветов. Их соотношение отражает состояние чувственного компонента психосоматического равновесия. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о переживании благополучия. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета следует думать о переживании страдания вплоть до психалгии. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о снижении остроты переживаний вплоть до апатии (адинамии). Аналог шкалы 3 у мужчин.

Шкала 5. Образуется противостоянием черного и синезеленого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно

говорить о равновесии душевной и телесной жизни женщины в том, что касается удовлетворения эгоистических побуждений. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета наблюдаются проявления страдания вплоть до психалгии, идей телесного несовершенства. Напротив, при сдвиге к синне-зеленому цвету можно говорить о проявлениях мифотворчества.

Шкала 6. Образуется противостоянием черного и оранжево-красного цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии душевной и телесной жизни женщины в том, что касается удовлетворения агрессивных потребностей. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета наблюдаются проявления страдания вплоть до болевого синдрома. Напротив, при сдвиге к оранжево-красному цвету можно говорить о проявлениях интерперсональной агрессивности.

Шкала 7. Образуется противостоянием черного и фиолетового цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии душевной и телесной жизни женщины в том, что касается удовлетворения альтруистических побуждений. По мере сдвига показателя в сторону черного цвета наблюдаются проявления страдания вплоть до психалгии, идей самообвинения. Напротив, при сдвиге к фиолетовому цвету можно говорить о проявлениях магического мировосприятия.

Шкала 8. Образуется противостоянием фиолетового и коричневого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии духовной и телесной жизни женщины в том, что касается удовлетворения потребностей в комфорте и благополучии. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета преобладают проявления самоограничения вплоть до аскетизма. Напротив, при сдвиге к коричневому цвету можно говорить о проявлениях гедонии. Аналог шкалы 5 у мужчин.

Шкала 9. Образуется противостоянием фиолетового и желтого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно

говорить о равновесии побуждений в сфере интерперсональных отношений. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета наблюдаются альтруистические побуждения вплоть до самопожертвования. Напротив, при сдвиге к желтому цвету можно говорить о проявлениях эмоциональной холодности, обособленности и иных феноменов отчуждения на фоне благодушия.

Шкала 10. Образуется противостоянием фиолетового и синего цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии побуждений в сфере интерперсональных отношений. По мере сдвига показателя в сторону фиолетового цвета наблюдаются проявления эмпатии, сочувствия, сопереживания. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о проявлениях адинамии (астении, апатии, абулии), маскирующих депрессивный аффект.

Шкала 11. Образуется противостоянием сине-зеленого и синего цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии побуждений в сфере интерперсональных отношений. По мере сдвига показателя в сторону сине-зеленого цвета наблюдаются проявления обиды, гордыни, тщеславия, упорного стремления к устранению запрета. Напротив, при сдвиге к синему цвету можно говорить о проявлениях ангсдонии, маскирующей депрессивный аффект.

Шкала 12. Образуется противостоянием оранжево-красного и сине-зеленого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии духовной и телесной жизни женщины в том, что касается агрессивных потребностей. По мере сдвига показателя в сторону оранжево-красного цвета наблюдаются проявления интерперсональной агрессивности, возбудимости. Напротив, при сдвиге к сине-зеленому цвету можно говорить о явлениях планомерной последовательности действий.

Шкала 13. Образуется противостоянием оранжево-красного и коричневого цветов. В диапазоне популяционной нормы можно говорить о равновесии агрессивно-гедонистических побуждений в структуре женской сексуальности. По

мере сдвига показателя в сторону оранжево-красного цвета наблюдается преобладание агрессивных побуждений. Напротив, при сдвиге к коричневому цвету можно говорить о преобладании гедонистических побуждений.

По названным восьми шкалам теста у мужчин и тринадцати у женщин рассчитан популяционный стандарт в Т-баллах. В соответствии с точкой зрения М. Люшера на процедуры теста популяционный стандарт рассчитан для результатов второго выбора при стандартной (авторской) процедуре тестирования.

Очевидны положительные качества психометрической модификации: исключительная кратковременность и простота процедуры тестирования, возможность ретестирования каждые пять минут позволяют объективизировать динамику актуального психического состояния, например, при клинических испытаниях психофармакологических средств. С другой стороны, в профиле теста отражаются последовательные этапы состояний опьянения, постинтоксикации и похмельно-абстинентных расстройств, оттенки эйфории и патологического влечения к алкоголю, феномен благодушия и пресуицидальный синдром.

В то же время психометрическая модификация 8 ЦТЛ открывает новые возможности в области изучения конституционального фактора: в частности, обнаруживаются весьма многочисленные и информативные корреляции между данными психометрической модификации 8 ЦТЛ и показателями целого ряда традиционных психодиагностических и психофизиологических тестов (ММИЛ, тест 16 PF Кеттелла, графических матриц Равена, АД, ЧСС и ИН Бавеского и т. д.).

Работа в очагах ЧС показала особую применимость психометрической модификации 8 ЦТЛ в целях экспресс-психодиагностики Эго-стресса и выраженности метаневротических тенденций (в частности, об этом говорилось в разделе 2.1.1.). Методика позволяет объективно оценить феномены фрустрационной регрессии (прежде всего, окрас-

ку и глубину) аффекта, степень выраженности явлений аутистической деформации (собственно психопатологической эволюции) личности участников ЧС, а также структуру и глубину интрапсихической блокады агрессивно-гедонистических побуждений.

Таким образом, психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Люшера может быть рекомендована для целей экспресс-психодиагностики первично скрытой клинической картины Эго-стресса (стресса осознания психотравмирующей реальности) в очаге ЧС. По-видимому, можно утверждать, что методика позволяет судить не только о структуре актуального и конституционального невротизма, но и о структуре нарциссических явлений — угрозы последующих саморазрушительных (метаневротических) расстройств. Во всяком случае тестирование позволяет вынести суждение о степени фрустрационной регрессии аффекта и блокады агрессивно-гедонистических побуждений.

Заключение по первой главе

Работа врача-психиатра (психотерапевта) с профессиональными контингентами (ликвидаторами последствий катастрофы) в очаге ЧС имеет две особенности, делающими эту работу предметом специальной отрасли общей психиатрии — психиатрии катастроф. Эти особенности заключаются, во-первых, в специфической клинической картине Эго-стресса у профессионального работника в очаге ЧС, а во-вторых, в необходимости сохранения и поддержания профессиональной работоспособности ликвидатора последствий катастрофы именно в очаге ЧС. Опыт работы показывает, что необходима индивидуальная недирективная психоаналитически ориентированная психотерапия с использованием любых необходимых дополнительных средств биологической терапии, направленной на восстановление чувства внутреннего комфорта и благополучия. В структуре этого терапевтического комплекса психофармакотерапия занимает важное, но подчиненное положение:

опора делается на применение малых доз транквилизирующих антидепрессантов и транквилизирующих нейролептиков. На практике хорошо проявили себя Леривон (Миансерин) и Сонапакс (Тиоридазин). Представляется, что перспективным средством терапии расстройств сна в очаге ЧС может стать Золпидем (Имадал, Стилнокс).

Экспресс-оценка глубины, структуры и динамики Эго-стресса требует средств психодиагностического тестирования. Достаточно полную информацию дает применение ММИЛ, но условия в очаге ЧС нередко не позволяют обратиться к его помощи. Поэтому была разработана и применялась в работе в очагах ЧС психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Люшера. Представляется, что применение этой методики в практике психиатрии катастроф окажется эффективным.

ГЛАВА 2

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО (ПЕРМАНЕНТНОГО) ЭГО-СТРЕССА

Живи и жить давай другим,
Но только не за счет другого;
Всегда доволен будь своим,
Не трогай ничего чужого:
Вот правило, стезя прямая
Для счастья каждого и всех!

Г. Р. Державин
«На рождение царицы Гремиславы»

Чрезвычайная угроза и фрустрация потребностей самоопределения запускают «порочный круг» перманентного Эго-стресса, накопления деструктивного невротизма, в основе которого лежит центральный (нарциссический) интрапсихический конфликт. Явления кризиса идентификации

(identity crisis) при этом связаны, в конечном итоге, с подспудным переживанием болезненной вины — архаического самонаказания за вольное или невольное участие в делах зла (интерперсональной деструкции). Каким образом может быть разорван этот порочный круг иррациональной тревоги или чрезмерного страдания, как может человек выйти за пределы невротического конфликта? Патологический путь процессуальной иллюзорной адаптации (собственно нарциссического невроза) или крах иллюзий — виртуальное метаневротическое саморазрушение, хотя и являются печальной реальностью нашей жизни, не может быть признан фатальным. Могут быть созданы такие условия человеческого общежития, в которых неизбежные, по-видимому, деструктивные побуждения будут представлять в виде обратимых реакций и не будут способствовать накоплению конституционального невротизма, а сам конституциональный невротизм из поколения в поколение будет успешно изживаться: в этих условиях у человека появится возможность отказаться от анимизации (и/или бестиализации) источника страдания.

2.1. Некоторые теоретические аспекты проблемы психотерапии перманентного Эго-стресса

Удерживайтесь от всякого рода зла.

*Первое послание к фессалоникийцам
Святого Апостола Павла гл. 5; 22*

Перманентный Эго-стресс (кризис идентификации) является самой общей глубинно-психологической характеристикой нарциссического невроза, центральным звеном патогенеза психопатологических последствий ЧС, прямым следствием опыта чрезвычайной угрозы и фрустрации потребностей самоопределения. Поэтому разработка методики психотерапии перманентного Эго-стресса с самого начала работы в области психиатрии катастроф рассматривалась

как цель клинической деятельности и прикладных исследований.

В ходе работы определился ряд опорных теоретических позиций, лежащих в основе структурной организации психотерапевтического воздействия.

Два общетеоретических (фактически — априорных) допущения таковы.

1. Психотерапевтическое воздействие базируется на технике психоанализа, позволяющего выявить глубинные истоки внутренних конфликтов.

Следует твердо указать, что только психоаналитическая ориентация терапевтических методов позволяет человеку осознать и сформулировать для себя глубинные истоки своих внутренних конфликтов, условий их зарождения, болезненности индивидуальных значений (личностных смыслов) внешне нейтральных стимулов, иллюзорности и подспудной деструктивности «защитных конструкций», невротической виртуальности глубинной подоплеки саморазрушительных метаневротических процессов.

Аналитический аспект психотерапии перманентного Эго-стресса у участников ЧС включает в себя два этапа: работа со структурным (характерологическим) невротизмом и работа с самим интрапсихическим конфликтом. Применительно к первому этапу отчетливо вырисовывается первый методический принцип психотерапии перманентного Эго-стресса — стремление к максимально достижимой *формализации* аналитической деятельности. Речь идет о применении психодиагностических (психометрических) средств и методов оценки структурного невротизма, предшествующих этапу собственно аналитической работы с пациентом.

Что же касается этапа аналитической работы с интрапсихическим конфликтом (такую работу проводила К. Хорни), то в случае перманентного Эго-стресса признаки базового и центрального внутреннего конфликта (явления нарциссического невроза) обнаруживаются с печальной неуклонностью. Признаки раскола между идеализированным Эго-образом и акту-

альным Эго-ресурсом пациента (между прочим, весьма болезненные для психотерапевта) естественным образом определяют второе априорное допущение, касающееся цели психотерапевтического вмешательства.

2. Целью психотерапевтического вмешательства является помощь пациенту в осознании духовных ценностей православного христианства.

Способность человека различать границу между добром и злом есть Божий дар, свойство духа (духовность). Плодами духа являются христианские добродетели: любовь, радость, мир, долготерпение, благодать, милосердие, вера, кротость, воздержание.

Интерперсональная деструктивность (невротизм) непосредственно связана с грехами (нарушением установленной Богом границы между добром и злом) гордыни или уныния — двумя антиподами христианских добродетелей. Однако именно эти главные разрушители согласия между идеализированным Эго-образом (Я-концепцией) и актуальным Эго-ресурсом не распознаются человеком, переживающим перманентный Эго-стресс. Применительно к целям распознавания (осознания) пациентом глубинной греховности побуждений вырисовывается второй методический принцип психотерапии перманентного Эго-стресса у участников ЧС — опора на *авторитет* православного христианства.

Нераспознавание пациентами гордыни и/или уныния и есть характеристика нарциссического невротизма: в немалой степени оно связано с тем, что отказ от невротизма (признание греховности неосознаваемых побуждений) может быть достигнут лишь ценой резкого увеличения «суммы страдания» человека. Особенно ярко эта клиническая закономерность заметна в процессе терапии метаневрозов. Последующее уменьшение этой индивидуальной «суммы страдания» возможно лишь при условии упорного и длительного труда человека (конечный эффект которого отнюдь не гарантирован).

Примирение же с неизбежным страданием и смиренную надежду на лучшее может дать человеку только вера в Христову благодать.

Поэтому успешная терапия невротизма всегда сопровождается становлением религиозного самосознания пациента. Именно в этом смысле К. Хорни писала о том, что аналитик помогает человеку стать скромным, искренним, восстановить «wholeheartedness» (способность целиком отдаться чувству, работе, убеждению), стать более зрелым и взрослым. Такое целостное отношение к миру и жизни достижимо только на религиозной основе: для России этой основой на протяжении более тысячи лет является православное христианство.

Несомненный факт «горечи познания себя» и возможность терапевтические нежелательной смены невротической тревоги депрессивным аффектом отмечал еще З. Фрейд, который подчеркивал, что аналитическая интерпретация не должна причинять вред пациенту и должна быть ему выгодной.

Представляется, что для этого она должна с самого начала содержать указание на конструктивный путь перехода от преобладания адаптационно-психодинамических (агрессивно-гедонистических) установок к гармонической внутренней реальности — путь человеческого освоения мира на основе единства познания и постижения, знания и веры.

Такой переход может осуществляться только в рамках индивидуального ресурса адаптации на основе реального запаса сил и средств. Экспресс-оценка этого ресурса врачом-психотерапевтом представляет собой одну из важнейших терапевтических задач и базируется на представлении о примерном соответствии физического и морального возраста социальному статусу, набору успешно сыгранных человеком социальных ролей.

Э. Эриксон различает восемь стадий психического онтогенеза (психосоциальных стадий развития Эго).

1. «Доверие — недоверие». Первый год жизни. Недостаточная забота о ребенке формирует в нем установку базового недоверия, страха и подозрительности к миру.

2. *«Автономия — неуверенность в себе»*. Второй-третий годы жизни. Противоречивая, сверхкритическая или сверхпротективная забота о ребенке формирует в нем сомнение в способности контролировать мир и себя.

3. *«Инициатива — вина»*. Четвертый-пятый годы жизни. Подавление и высмеивание игровой активности или любознательности ребенка формирует в нем чувство вины за собственную инициативу.

4. *«Предприимчивость — неполноценность»*. Шестой-одиннадцатый годы жизни. Непоощрение членами семьи и окружающими предприимчивости ребенка прививает ему чувство неполноценности,

5. *«Идентичность (самоопределение) — ролевая спутанность (role confusion)»*. Двенадцатый-восемнадцатый годы жизни. Далее эта стадия в контексте настоящей работы рассматривается как ключевая.

6. *«Интимность — изоляция»*. От подростковости до зрелости. Человек учится заботе о других без страха потерять себя: иначе возникает чувство одиночества — «не о ком заботиться, не с кем поделиться».

7. *«Генеративность — поглощенность собой»*. Средний возраст. Если нет заботы о будущих поколениях, имеет место поглощенность личными нуждами и комфортом.

8. *«Целостность — безнадежность»*. Пожилой возраст. Если прожитая жизнь оценивается как цепь упущенных возможностей и непоправимых ошибок, имеет место отчаяние от «неправильно прожитой жизни».

Очевидно, что пятая-восьмая стадии имеют прямое отношение к освоению реальности на базе единства веры и знания. При этом, условно говоря, на пятой стадии формируется базис активного освоения, тогда как восьмая стадия — этап подведения итогов этой активности.

Исходный тезис настоящего исследования (об автоматической регрессии психики в условиях ЧС до уровня пубертатного криза) подразумевает основное качество перманент-

тного Эго-стресса — хронический кризис самоопределения (identity crisis). Онтогенетическая концепция Э. Эриксона позволяет ставить вопрос об экспресс-разграничении конституционального невротизма и явлений невроза регрессии (как составных частей нарциссического невротического процесса в результате опыта ЧС).

Поэтому представляется целесообразным подробнее рассмотреть пятую и шестую стадии психосоциального онтогенеза. Благополучное протекание процессов самоопределения в периоде подростковости (кстати, этот возраст у девушек длится до двадцати лет, тогда как у юношей — до двенадцати) тесно связан с процессами рефлексии, сравнения реального положения вещей с идеальным образом семьи и общества, представлением подростка о том, «кто он, где он был, куда идет». Однако при быстрых социальных и технологических изменениях (тем более при ЧС) может иметь место слом традиционных ценностей и развиваться ролевая спутанность, когда подросток не находит связи между тем, чему он учился ребенком, и тем что видит в настоящем. Именно такого рода картину мы наблюдаем фактически у участников ЧС всех возрастов. Нередко наблюдается также актуализация чувства изоляции в связи с ТПС и/или ХЖС (например, у молодых женщин, переживших радиационную аварию на ЧАЭС, это переживание связано с опасением рождения больного ребенка, оно отмечается также у женщин, переживающих в Эго-реальности минование возраста выхода замуж).

Последнее обстоятельство занимает особое место в определении содержательной стороны собственно психотерапевтических усилий. Важную роль играет представление о реальном времени и смыслообразующей памяти (запасе позитивно окрашенных индивидуальных значений, используемых как ресурс сил и средств для успешного противостояния перманентному Эго-стрессу — кризису идентификации). Нормальное прохождение стадий психического онтогенеза должно оставлять след в идеализированном

Эго-образе (Я-концепции) — чувство самооценности. Это чувство должно постоянно подкрепляться социальными стигмами (принцип «молодой маршал — старый лейтенант»).

Практика показывает, что категория невротических реакций охватывает континуум в диапазоне от патологических реакций на естественно-бытовые ситуации до естественных (популяционно-нормальных) реакций на патологические (патогенные) ситуации. Травматический психический стресс (чрезвычайная угроза) и хронический жестокий стресс выживания имеют общее звено — фрустрацию потребностей самоопределения, которая порождает перманентный Эго-стресс (кризис идентификации). В современной России три фактора хронического жестокого стресса выживания явно превалируют — финансовый пресс (отсутствие стабильного источника мало-мальски удовлетворительных доходов, бедность), жилищная проблема (вынужденное совместное проживание нескольких поколений семьи на малой площади, теснота) и болезненная утрата привычного социально-профессионального статуса (особенно в группе пожилого возраста). Другие факторы (климато-географические и геополитические, метсотропный и фактор несправильного и неполноценного питания и прочие), в конечном счете, зависят от первых трех, во многом предопределяющих Эго-ресурс (а первый из них, в итоге, определяет индивидуальную значимость двух других).

Экспресс-оценка Эго-ресурса строится, таким образом, на аналитической интерпретации психодиагностических (формализованных) данных о характере конституционального невротизма и профессионального суждения аналитика об особенностях социально-психологического статуса пациента.

Способность объективной оценки Эго-ресурса представляет собой едва ли не главный критерий профессионализма аналитика-психотерапевта. Такая оценка — итог первого этапа методики психотерапии Эго-стресса.

Второй, собственно психоаналитический этап, включает в себя основанный на принципе опоры на АВТОРИТЕТ православного христианства и христианских добродетелей, структурный анализ актуальных внутренних конфликтов (на практике такой анализ можно сразу начинать с поиска духовного источника центрального ИПК — гордыни и/или уныния).

При этом следует иметь в виду, что для современных этнокультурных русских граждан России в значительной степени реальную опору («магический помощник, утешитель») составляет аффе́кт-идея патерналистского государства, призванного осуществлять эмоциональную поддержку самоопределения.

Особенностью второго этапа методики является один из приемов работы с Эго-стрессом — психотерапевтическое использование явления паратаксической дисторсии (отрицательного перенесения). Следует отметить, что применение принципа «вызываю огонь на себя» (провокации паратаксической дисторсии) носит вынужденный характер и, хотя и содержит выраженный риск срыва психотерапевтических усилий, зато позволяет смягчить неизбежную «горечь самопознания» и противодействовать развитию метаневротического конфликта (в фантастической литературе элементы этого метода описаны в романе А. Бестера «Человек без лица»). Обращение к этому приему предполагает безусловный авторитет психотерапевта в глазах пациента, с одной стороны, и большой личный опыт врача-аналитика в работе с наиболее распространенными культурно-социологическими вариантами Эго-стресса. В практическом применении приема упреждающей паратаксической дисторсии важны адекватное использование психотерапевтом феномена «метафорической деформации» (как он описан Р. Шекли в фантастическом романе «Обмен разумов») и, в целом, навыки метафорического выражения психоаналитически активных аффе́кт-идей, например, направленное использование сказок, притч, анекдотов, поэтического и песенного материала, фрагментов музыкальных произведений и т. п.

Третья часть методики — гипносуггестивная процедура. В стандартной процедуре гипносуггестии исключительная роль придается «завораживающему» эффекту, получаемому при использовании ряда технических приспособлений, которые способствуют созданию атмосферы измененного состояния сознания.

На фоне этого измененного, чаще сновидного с переживанием блаженства, покоя и забвения, состояния сознания пациенту внушаются шесть выражаемых в метафорической форме правил интерперсональной конструктивности — ответов на вопрос «Как уклониться от участия в делах зла?»

1. Принцип «на самом деле все наоборот» рекомендует пересмотреть свои взгляды.
2. Принцип «если нельзя, но очень хочется, то можно» рекомендует простить себя.
3. Принцип «не претендуй на святость» рекомендует не впадать в грех гордыни.
4. Принцип «не ропщи на Бога» рекомендует не впадать в грех уныния и упрека.
5. Принцип «Бог есть Любовь» рекомендует обратиться душой к православным ценностям веры, надежды, любви.
6. Принцип «живи и жить давай другим» рекомендует обратиться к чувству свободы и ответственности.

Гипносуггестивная процедура направлена на формирование установки приоритета христианских добродетелей. Необходимо отметить, что метафорическое звучание внушаемых правил подчеркивает заметные элементы юмора, иронии и доброго отношения к человеческим слабостям. Внушение направлено лишь на пробуждение зрелого отношения к жизни.

Следует признать, что личный опыт и авторитет врача-психотерапевта так или иначе составляют основу предлагаемой методики. Однако аналитическая интерпретация признаков невротической конституции, представление о роли Эго-ресурса в направленном поиске духовного источника внутренних конфликтов — гордыни и/или уныния, психоте-

рапевтическое использование паратаксической дисторсии и гипносуггестия «правил интерперсональной конструктивности» могут рассматриваться как принципы психотерапии перманентного Эго-стресса, элементы техники своего рода психиатрического антипода хирургии — лечения словом.

В обыденной практике часто встречается клиническая динамика ипохондрического развития с характерным переходом от преобладания актуального невроза тревоги через психоневроз сенестопатической ипохондрии к нарциссическому неврозу сверхценной (паранойальной) ипохондрии. Приемы психотерапии Эго-стресса в этих условиях могут быть направлены (с учетом принадлежности пациентов к типологической категории Эго-ресурса) на выработку гиперхондрической установки — эффективной, хотя и временной, меры противодействия унынию (интересно отметить, что становлению гиперхондрической установки способствует вся направленность современной официальной российской масс-культуры).

Само собой разумеется, что психотерапия перманентного Эго-стресса проводится, как правило, на фоне необходимой биологической рекомфортизирующей терапии: биологические методы восстановления чувства внутреннего комфорта и благополучия («подкуп Супер-Эго») рассматриваются как обязательный компонент психотерапевтического воздействия.

Опыт амбулаторной терапии стрессовых расстройств в последние годы заставляет говорить об увеличении частоты спонтанных обращений с подострыми аффективно-бредовыми расстройствами по типу «параноидов внешней обстановки», как их определял С. Г. Жислин в книге «Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психоза». Терапия таких расстройств по необходимости имеет комплексный характер: на первом ее этапе обязательно применение психофармакологических средств. На практике показало сверх ожидания высокую эффективность сочетанное применение известного

в практике транквилизирующего нейролептика Тералена (Адимемазина) и нового для нас «корректора поведения» Тиапридала (Тиаприда). Выраженный клинический эффект — смягчение злобно-тоскливо-напряженного аффекта, переживаний чуждости и враждебности окружения нашел свое отражение и в данных психодиагностики, в частности, в достоверном (по Стьюденту) снижении высоты усредненного профиля ММИЛ по шестой и восьмой шкалам теста по мере развития эффектов нейролептической терапии. Следует отметить, что глубинно-психологическая структура этого эффекта, если судить по данным психодиагностики, подтверждает необходимость последующего психотерапевтического вмешательства. Снижение напряженности негативного аффекта сопровождается некоторым возрастанием активности механизма Эго-защиты игнорированием реальности (циклотимической сменой аффекта с клинической картиной благодушия). Так или иначе, но уже спустя 3—4 дня амбулаторной терапии (10—15 мг Тералена и 100—200 мг Тиапридала в день *per os*) благодаря снижению интенсивности злобно-тоскливо-напряженного аффекта становится возможной активная психотерапия феноменов подлежащего аффективно-бредовым расстройствам Эго-стресса.

В применении к комплексной терапии вариантов метаневротического процесса психотерапия Эго-стресса может входить как составная часть в структуру методики нейролингвистического программирования (НЛП), лечения психоорганических и психоэндокринных расстройств, лечебно-педагогических (коррекционных) программ. Имеется некоторый опыт психотерапии Эго-стресса в период терапевтической ремиссии «ядерной» шизофрении.

Таким образом, разработанная на основе изучения клиники и патогенеза психопатологических последствий ЧС методика психотерапии перманентного Эго-стресса содержит ряд оригинальных методических принципов, которые сами по себе могут способствовать расширению

поля использования прикладного психоанализа. Интерпретация центрального интрапсихического конфликта с позиций православного христианства приносит помощь пациенту в становлении его религиозного самосознания. Психотерапевтическое использование упреждающей паратаксической дисторсии (отрицательного перенесения) открывает путь ко вторичной профилактике метаневротического саморазрушения. В комплексной терапии шизоаффективных и аффективно-бредовых расстройств в структуре Эго-стресса важное место занимает сочетание транквилизирующего нейролептика Тералена и нейролептика-корректора поведения Тиапридала. Психофармакологическое смягчение аффективной напряженности позволяет перейти к психотерапии перманентного Эго-стресса.

2.2. Формализованная методика аналитически ориентированной гипносуггестивной терапии уныния (сценарий для записи на CD)

Не прощайтесь, говорю я Вам.
До скорой встречи.
Все вернется: а вернется —
Значит, будем жить.

А. Розенбаум «Снова осень»

Идея формализации методики психотерапевтической коррекции уныния связана с русской традицией песенного поэтического творчества — А. Вертинского, Б. Окуджавы, В. Высоцкого, А. Галича и, разумеется, именами современных бардов.

Возможность формализации связана, во-первых, с общей направленностью психотерапии (противодействие греху уныния), а во-вторых, с возможностью объединения психотерапевтического материала по преобладающей тематике негативных нарциссических переживаний (кризиса идентификации),

типологической принадлежности пациентов к определенной категории Эго-ресурса и, наконец, по типологической принадлежности песенно-поэтического материала.

1. Тематика кризиса идентификации. Теоретически говоря, это может быть любая аффект-идея в диапазоне от трагедийного звучания гибели мира до банального томления из-за любовной неудачи. Однако в настоящем исследовании речь идет о категории драматических переживаний разрушения ранее прочных межличностных связей (сожаления, грусти, печали, тоски). Переживания эти характерны для «житейских драм», их испытывают в той или иной степени большинство зрелых людей, имеются в виду явления «психореактивных депрессий».

2. Типологическая принадлежность к категории Эго-ресурса. В общем плане, речь идет как правило о людях, характеризующихся некоторым дефицитом Эго-ресурса. В частности, подспудное переживание дефицита Эго-ресурса характерно для возрастного периода начала психофизиологического старения. Проявляется оно переживаниями изоляции и/или поглощенности собой (в данном исследовании, как следствие прежнего опыта ЧС и фрустрационной регрессии психики на подростковый уровень кризиса идентификации).

3. Обращение к творчеству бардов. Объясняется безусловным катартическим эффектом предъявления словесно-мелодического материала, по существу восходящему к биологическим свойствам (экспрессивно-коммуникативной функции) человеческой эмоциональности. Важным при выборе песенного материала являются простота и задушевность мелодики и звучания (музыкальная метафоричность), привычная метафоричность словесных образов (поэтики), проникновенный и «располагающий к себе» тембр голоса барда.

4. Ниже приводится суггестивная часть сценария (для записи на CD или аудиокассете) программы «Осенняя бессонница».

Предполагается, что подобную программу в домашних условиях (сеанс гипносуггестии длительностью 50—55 минут) пациенты будут слушать после прохождения первичного курса

психотерапии, т. е. на фоне опыта психотерапевтического сотрудничества. Прослушивание программы происходит на уровне второй стадии гипноза — сомноленции: погружение в состояние гипнотического сна и выведение из этого состояния осуществляется с применением стандартной техники внушения. Таким образом, техническое исполнение программы основано на идее стандартности и технической простоты всех процедур. Психотерапевтическая специфика связана лишь с подбором песенно-поэтического материала и комментарием аналитика-психотерапевта. Ожидаемый эффект, как уже указывалось, — катарсис и создание внутренних условий для становления религиозного самосознания.

В техническое оснащение всех процедур гипнотического воздействия для программы «Осенняя бессоница» включен музыкальный фон — звучание фрагментов из произведения Вангелиса «1492. Завоевание рая» (отрывки из «Conquest of Paradise», «Light and Shadow», «Deliverence», «Twenty Eighth Parallel»).

Пациенту, находящемуся в состоянии сомноленции, внушаются особая ясность, сосредоточенность и концентрация внимания на содержании высказываний психотерапевта: на этом фоне предьявляется собственно психотерапевтический материал — песни А. Асмолова, А. Розенбаума, Ю. Шевчука и авторский комментарий.

Структура программы «Осенняя бессоница».

Сейчас вы услышите несколько песен наших современных бардов (А. Асмолова, А. Розенбаума, Ю. Шевчука). Я люблю время от времени послушать эти песни: они грустны и поэтичны, остроумны и искренни, непритязательны и мелодичны.

А. Асмолов «Вот и осень». Длительность звучания — 2 мин. 37 сек.

Комментарий: относится к строфе «Осень жизни — она всегда внезапно, / Осень жизни — как много дел на завтра». Мужественный оптимизм саксофона.

А. Розенбаум «Серый в яблоках конь». Длительность звучания — 3 мин. 25 сек.

Комментарий: относится к строфе «Видно, я счастье в яблоках сглазил, / Видно, оно позабыло меня». Светлая печаль в звуках музыкального сопровождения.

А. Асмолов «Бессоница». Длительность звучания — 4 мин. 03 сек.

Комментарий: относится к строфе «Кормлю ее таблетками, пою хмельным вином, / но лишь ночами редкими я забываюсь сном». Отчетливое звучание досады в тексте.

А. Асмолов Вальс «Осенняя печаль». Длительность звучания — 4 мин. 08 сек.

Комментарий: относится к строфе «За журавлиной стаей умчалась наша юность вдаль: / мы прогонять не станем, мы прогонять не станем осеннюю печаль». Реалистическая оценка печали.

Ю. Шевчук «Осень. Памяти Есенина». Длительность звучания — 2 мин. 58 сек.

Комментарий: относится к строфе «Песня невеселая. И еще дождливая, / не стучась, ко мне вошла осень. Пожалей! / А она не слушает, мокрою вороною / на помойке роется памяти моей». Ирония и реализм звука (гитара).

А. Асмолов «Качели бытия». Длительность звучания — 4 мин. 25 сек.

Комментарий: относится к строфе «Качаются качели, качели бытия. / То вихри, то метели, то песни соловья». Оптимистическое звучание музыкального сопровождения и ритма.

А. Розенбаум «Снова осень». Длительность звучания — 4 мин. 02 сек.

Комментарий: относится к строфе «Не прощайтесь, говорю я Вам. До скорой встречи. Все вернется: а вернется — значит, будем жить!». Оптимистическое звучание музыки и ритма.

Заключительная фраза: «На этой оптимистической ноте мы остановимся. Я хочу, чтобы слова и музыка этих песен дали вам заряд веры, надежды, любви — православных христианских добродетелей».

По окончании программы осуществляются стандартные процедуры пробуждения пациента.

Следует отметить, что применение элементов вышеописанной методики в очагах ЧС и в повседневной практике психотерапевтического кабинета оказалось весьма успешным. Таким образом, формализованная психотерапевтическая программа «Осенняя бессоница» может рассматриваться как прототип для создания широкого спектра подобных аудио-визуальных программ коррекции неосознаваемых явлений гордыни и/или уныния.

Заключение по второй главе

Психотерапия вторичного (перманентного) Эго-стресса (явлений кризиса идентификации) требует учета ряда общих принципов и в то же время является в высшей степени выражением профессиональной индивидуальности врача-психотерапевта. Два принципа представляются все же облигатными: психотерапия Эго-стресса должна быть психоаналитически ориентированной и должна быть направлена на становление религиозного самосознания пациента.

Приемы терапевтического использования паратаксической дисторсии и гипносуггестии позитивного отношения к христианским (православным) добродетелям требуют многолетнего навыка и специфического личного опыта терапевта-аналитика и должны применяться с осторожностью.

Именно на перечисленных в этой главе принципах и приемах психотерапии перманентного Эго-стресса базируется представление о возможности тематической формализации психотерапевтических программ.

Резюме третьей части

В части, посвященной рассмотрению вопросов диагностики и терапии целого класса нарушений психической деятельности и поведения (нарциссического невроза) естественным образом могли быть рассмотрены лишь немногие существенные аспекты проблемы.

Представляется, что такими наиболее важными аспектами проблемы можно считать особенности работы врача-психотерапевта в очаге ЧС и методы диагностики и психотерапии вторичного (перманентного) Эго-стресса — ядро проблематики психиатрии катастроф. В двух главах третьей части книги рассматривались рекомендации и разработки, основанные на личном опыте работы автора с различными контингентами участников ЧС. По мнению автора, наиболее перспективными с точки зрения практического использования являются две разработки — психометрическая модификация 8-цветового варианта теста М. Люшера и формализованная программа психотерапевтической коррекции перманентного Эго-стресса «Осенняя бессоница». Первая разработка позволяет в условиях очага ЧС получать информацию, не уступающую по объему и надежности данным ММИЛ, но в течение 3—5 мин. работы. Вторая разработка может открыть путь к превращению психотерапевтических программ в средство «домашней аптечки».

В то же время опыт работы с различными контингентами участников ЧС позволяет рекомендовать врачам-психотерапевтам обратить внимание на перспективности выработки у этой категории пациентов гиперхондрической установки (тем более, что современная масс-культура поощряет эту направленность социальной активности). В целом же, в работе с психотерапевтической коррекцией явлений перманентного Эго-стресса (кризиса идентификации) необходим тщательный учет характеристик Эго-ресурса пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение клинической динамики психопатологических последствий ЧС позволяет сделать ряд выводов, весьма значимых с точки зрения концепции психогенеза. Это прежде всего следующие выводы.

- Об основополагающей роли синдрома первичного Эго-стресса как психодинамической основы «невроза регрессии» для последующей динамики психопатологических последствий ЧС.
- О ключевой роли феномена фрустрационной регрессии аффекта в структуре первичного Эго-стресса (последовательности «опасность — угроза — недоумение — душевная боль»).
- О параллельной регрессии аффекта этапы фрустрационной регрессии мышления в структуре первичного Эго-стресса (последовательности «термин — метафора — дисторсия — алекситимия»).
- О невротической процессуальности ранней клинической динамики (последовательности «аффективно-шоковые реакции — актуальный невроз — психоневроз — нарциссический невроз»).
- О четырех вариантах процессуальной (невротической) эволюции личности участников ЧС как ядре отдаленной (метаневротической) динамики психопатологических последствий ЧС:
 - а) аутистической трансформации личности, неврозе регрессии, нарциссическом этапе невротического про-

цесса — собственно психопатологических последствиях ЧС;

б) психосоматической эволюции личности (острых соматоформных реакциях и органном неврозе) — эквиваленте аутистической трансформации личности;

в) токсикоманической эволюции личности, первоначально возникающей как невроз самоцелительства, далее переходящей в явления невротической зависимости;

г) развитии стигматов эпилептоидной психопатии (в терминологии К. Хорни, нарастание явлений невротической экстернализации цинизма).

— О неуклонном переходе невротического процесса в метаневроз — психобиологический патологический процесс, в основе которого лежат тенденции саморазрушения.

— О трех вариантах метаневротического процесса как проявлении саморазрушительного характера отдаленных психопатологических последствий ЧС:

а) манифестных психосоматозах и преждевременном старении (явлениях прогерии), включая формирование клинической картины психоорганического и психозндокринного синдромов;

б) хроническом алкоголизме и неалкогольных токсикоманиях, клиника которых характеризуется прогрессивностью и наличием стигм индивидуального психического вырождения;

в) явлениях индивидуального психического вырождения с наличием выраженных стигм дегенеративной (атавистической) криминальности, эпилептоидного слабоумия, психозов.

Однако главный вывод — это представление о психопатологических последствиях ЧС как о едином психопатологическом процессе, исходно психогенном (невротическом), но затем психобиологическом (метаневротическом). Иными словами, это представление о возможности первичного психогенеза биологически деструктивных патологических процессов, составляющих предметы самостоятельных отраслей

терапии внутренних болезней (психосоматической медицины, наркологии, пенитенциарной психиатрии).

В то же время важно подчеркнуть, что, по крайней мере на изученном материале психопатологических последствий ЧС, в отличие от других форм невротического процесса, не отмечено преобразования явлений аутистической деформации личности (алиенации, невротической эволюции, невроза регрессии), в аутоиммунный метаневроз «ядерной» шизофрении («S» Г. де Клерамбо, явления ментального автоматизма). Поэтому представляется целесообразным клиническую картину аффективных (циклотимических) и шизоаффективных (вплоть до аффективно-бредовых) расстройств рассматривать в рамках нарциссического невроза (как этапа невротического процесса).

Иными словами, психический стресс (даже если он предстает в виде чрезвычайной угрозы и/или чрезмерного страдания) не является центральным звеном патогенеза шизофренического процесса: «ядерная» шизофрения («S» Г. де Клерамбо) не входит в категорию психопатологических последствий ЧС. В этом смысле метаневрозы психосоматики и преждевременного старения (прогерии), хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий, индивидуального психического вырождения, по-видимому, можно рассматривать как «последние бастионы» Эго-защиты от аутоиммунного метаневроза ментального автоматизма.

Автор предполагает, что непредвзятое изучение содержащихся в первой части настоящей работы общих характеристик клиники и динамики психопатологических последствий ЧС позволяет сформировать концепцию невротизма — представления, объективно близкого к психоаналитической (культурно-социологической) теории невроза. В рамках этой патогенетической теории невротическим расстройством считается всякое нарушение психической деятельности и поведения, в глубине которого может быть обнаружен невротический интрапсихический конфликт (антитеза «деструктивность побуждения — запрет на его реализацию»). При этом

глубинная деструктивность побуждения — подлинный источник невроза — не осознается.

Невротизм следует понимать как тенденцию к переходу в условиях психоагрессии от интерперсонально конструктивных способов удовлетворения агрессивно-гедонистических потребностей к интерперсонально-деструктивным. Невротизм может быть конституциональным (результат накопления деструктивности за счет передачи культурно-исторического наследия из поколения в поколение) и актуальным (в результате возникновения и развития невротического интрапсихического конфликта в психотравмирующей обстановке). Совокупность этих двух сторон формирует невротический процесс (последовательность «стресс — конфликт — тревога — защита — невроз»).

Изучение клинической динамики психопатологических последствий ЧС с определенностью показывает, что по мере течения невротического процесса происходит нарциссическая инверсия направленности деструктивных тенденций от интерперсональности к саморазрушению. На нарциссическом этапе невротического процесса развивается клиника аффективных и шизоаффективных, вплоть до аффективно-бредовых, расстройств, свидетельствующих о преобладании «виртуальных» Эго-защит (игнорированием реальности и/или обесцениванием потребностей и концептуализацией). Можно сказать, что на этом этапе имеет место смена явлений психопатологии иррациональной тревоги («иллюзорных защитных конструкций») явлениями психопатологии чрезмерного страдания («виртуальных защитных конструкций») — но все же речь продолжает идти о невротическом процессе.

Самодовлеющее значение фактора психоагрессии (психотравмы) в клинической динамике психопатологических последствий ЧС позволяет сделать ряд принципиально важных выводов об интимном механизме травматического психического стресса:

— чрезвычайная угроза может представлять в виде острой внезапной опасности (собственно ТПС) и в виде хронич-

ческой жестокой опасности (ХЖС), в практике ЧС нередко их трудно разграничить;

— субъективным содержанием чрезвычайной угрозы в конечном итоге является фрустрация потребностей самоопределения (ФПС) — переживание беспомощной подверженности угрозе;

— источник чрезвычайной угрозы либо анимизируется и антропоморфизируется, либо дегуманизируется и бестивализируется, в любом случае имеет место магическая персонификация «источник зла»;

— клиническим выражением ФПС в очаге ЧС выступает синдром первичного Эго-стресса (стресса осознания новой, психотравмирующей реальности), психодинамическая основа невроза регрессии.

Явления Эго-стресса, сначала в виде первичного «невроза регрессии», а затем в виде перманентного «кризиса самоопределения» (identity crisis) могут быть обнаружены на всех этапах невротического процесса в глубине клинической картины невротических и аффективных расстройств.

Более того, эти же явления (прежде всего феномены иррациональной тревоги, метафорического недоумения, алекситимической психалгии, Эго-дисторсии) обнаруживаются и в глубине клинических картин трех названных метаневротических процессов.

Невротический внутренний конфликт имеет свойство закономерно усложняться и углубляться вплоть до центрального интрапсихического конфликта (между идеализированным Эго-образом и актуальным Эго). Следует подчеркнуть, что клиническая динамика психопатологических последствий ЧС (а именно, клиника «невроза регрессии» — перманентного Эго-стресса) позволяет утверждать, что при центральном ИПК речь идет о не просто чрезмерной идеализации, но о невротической дисторсии (аутистическом искажении, аффект-идее) Эго-образа (об Эго-дисторсии).

Предельной формой такого центрального интрапсихического конфликта представляется конфликт между двумя

компонентами Эго-образа (Я-концепции) — информационными моделями первой внутренней реальности, потребностей самосохранения (стереотипом удовлетворения агрессивно-гедонистических потребностей, Эго-телом) и второй внутренней реальности, потребностей самоопределения (реальностью воображения, стереотипом интерперсональных отношений, невротизированной «виртуальной» Эго-дисторсией).

Предельный интрапсихический конфликт, разворачивающийся в области информационных процессов (внутренних моделей реальности), с учетом белкового характера кодирования сигнала, угрожает преобразованием в аутоиммунный, биологический конфликт. На этом этапе осуществляется, в связи с конституциональным фактором, выбор дальнейшего пути эволюции. Уныние, блокада агрессивно-гедонистических побуждений (Я-анахорез и обесценивание потребностей), или, напротив, гордыня, санкционирование агрессивно-гедонистических побуждений (Я-мифизированием и игнорирование реальности) могут ложиться в основу клиники аффективных, шизоаффективных и аффективно-бредовых расстройств (собственно нарциссического невроза), а также описанных выше вариантов невротической эволюции личности.

Переход внутреннего конфликта в психобиологическую форму знаменует начало метаневротического процесса. Нетрудно заметить, что характеристикой метаневротического этапа внутреннего конфликта — психобиологического конфликта — служат тенденции саморазрушения. При этом объектом разрушения могут выступать как телесная сфера (психосоматозы и прогерия), так и носитель реальности воображения — головной мозг (хронический алкоголизм и неалкогольные токсикомании, а также тесно связанные с ними явления индивидуального психического вырождения). Первоисточником же этих тенденций выступает невротизированный (аффективно-искаженный) Эго-образ (Я-концепция).

Изучение конституционального фактора заставляет перейти из области психиатрии катастроф в область истории и социологии, что, в принципе, выходит за рамки компетенции автора. Однако в литературе признается самостоятельное существование психоистории (истории общества через историю становления личности и самосознания человека). Психоисторическое рассмотрение проблемы психофизиологической конституции человека может осуществляться в двух аспектах — психологическом и социоисторическом. В данном контексте речь идет о психологическом аспекте проблемы (обсуждаются результаты психодиагностического изучения проблемы психофизиологической конституции).

Многолетнее психодиагностическое (на основе данных ММИЛ) изучение проблемы позволяет говорить о значительной отягощенности ныне живущего («реального») населения России конституциональным и актуальным нарцисстическим невротизмом и чрезмерной распространенности явлений психосоматической и токсикоманической эволюции личности, невротической экстернализации цинизма. В рамки настоящей работы не входит обсуждение статистических данных о хроническом алкоголизме и неалкогольных токсикоманиях, антисоциальной психопатии и других явлениях индивидуального психического вырождения). Неблагоприятное положение вещей здесь представляется непосредственно исторически связанным с более чем 400-летним ХЖС выживания граждан России (Московской Руси) в условиях опричного имперского государства.

Два обстоятельства представляются важными с точки зрения патогенеза психопатологических последствий ЧС:

— практическое приложение взглядов Э. Кречмера на конституциональный континуум к психодиагностическому исследованию психотипологии показывает, что адаптационный ресурс шести смешанных устойчивых психотипов в значительной степени ограничен наличием конституционального невротизма и зависит от характеристик возникающего в условиях психоагрессии аффекта;

— три из названных шести психотипов в условиях ХЖС выживания характеризуются преобладанием интерперсональной деструктивности — аффектоэпилептоиды, истероэпилептоиды и шизоэпилептоиды. Между тем именно эти психотипы выступают как результат декомпенсации конституциональной эпилептотимии — характеристики народного темперамента северо-восточных славян.

Таким образом, можно заключить, что субъективный опыт ЧС предрасполагает человека к актуализации ранее накопленных тенденций невротизма и, таким образом, к экзацербации невротического процесса. У современных этнокультурных граждан России субъективный опыт ЧС актуализирует латентный нарциссизм, в короткие сроки формирует нарциссический этап невротического процесса, способствует ускоренному развитию метаневрозов (психосоматических болезней, хронического алкоголизма и неалкогольных токсикоманий, индивидуального психического вырождения).

Тем более важным представляется анализ закономерностей невротизма, противодействие которому открывает реальный путь предупреждения метаневрозов и повышения качества жизни участников ЧС.

Изучение проблемы патогенеза психопатологических последствий ЧС позволяет утверждать, что ключевым звеном их процессуальности выступает первичный (а затем перманентный) Эго-стресс.

Поэтому выявление и адекватная диагностика структуры синдрома Эго-стресса являются первоочередной задачей врача-психиатра (психотерапевта) в очаге ЧС, а лечение и профилактика Эго-стресса составляют собственное поле деятельности психиатрии катастроф.

Следует признать, что отождествление невротизма и интерперсональной деструктивности подразумевает психоаналитическую ориентацию терапевтических усилий (не отрицая важности биологической терапии стресса). Более

того, при логическом завершении анализа истоков Эго-стресса закономерно возникает понимание того факта, что эффективное противодействие неосознаваемым греховным побуждениям гордыни и/или уныния возможно только при становлении религиозного самосознания пациента (для этнокультурного русского национального характера — самосознания православного христианина). И это понятно — истинное спасение от грехов гордыни и/или уныния может дать только вера. Когда уйдет (будет исторически изжита) психопатология тревоги (невротизм, интерперсональная деструктивность), останется психопатология чрезмерного страдания. Но сколько его от Бога? Нам не дано знать этого, однако освоение человеком мира на основе равноправного взаимодействия веры и познания дает надежду на постепенное сужение круга предначертанного человеку «неизбежного страдания опыта жизни».

Психопатология чрезмерного страдания — аффективные, шизоаффективные и аффективно-бредовые расстройства, проявление нарциссического этапа невротического процесса, феноменология которых связана с активностью патологических Эго-защит обесцениванием потребностей, игнорированием реальности и концептуализацией, по критерию интенсивности нередко достигают психотической глубины и требуют применения психофармакологических средств. Практика амбулаторной психотерапии последних лет позволяет предположить, что сочетание малых доз транквилизирующих нейролептиков с нейролептиками-корректорами поведения весьма эффективно в амбулаторной терапии психопатологических феноменов чрезмерного страдания.

Наконец, необходимо подчеркнуть перспективность двух в значительной мере умозрительных гипотетических допущений.

1. Упоминаемое в тексте понятие Эго-ресурса имеет в виду объективно оцениваемую врачом-психотерапевтом совокупность сил и средств, к которым пациент может прибегнуть для поддержания конструктивного мо-

дуса удовлетворения своих агрессивно-гедонистических потребностей в условиях психоагрессии. Эго-ресурс, в общем, имеет две стороны — ресурс Эго-тела и ресурс социального статуса. Следует отметить, что конструктивный модус удовлетворения агрессивно-гедонистических побуждений требует более высокого уровня координации и интеграции, тогда как деструктивный — более высоких энергозатрат. Это внутреннее противоречие дает основание предположить, что должна существовать информационно-программная структура Эго-чувства («самости»), призванная осуществлять функции контроля и управления.

2. Возможно, ядром Я-концепции (Эго-чувства «самости») является общая часть двух внутренних информационных моделей реальности, контролирующая отношения «Эрос — Хронос» (функций реального времени и смыслообразующей долговременной памяти). Это своего рода аналог схемы CMOS (Complementary Molybden-Oxide-Semiconductor) в современных компьютерах (имеющий, кстати, автономное низковольтное питание), которая и осуществляет функцию супервайзора — формирования и поддержания стереотипа удовлетворения агрессивно-гедонистических побуждений в условиях постоянно меняющегося окружения. Это может указать путь к изучению патогенеза аутоиммунного метаневроза «ядерной» шизофрении («S» Г. де Клерамбо, явлений ментального автоматизма) — разграничение нарциссического невроза и dementia praecox, аутизма и ментального автоматизма.

ПСИХОИСТОРИЧЕСКОЕ ПОСЛЕСЛОВИЕ АВТОРА

Ах, Россия, Расея —
Ни конца, ни спасенья!..
Что ни год — лихолетие,
Что ни враль — то Мессия!
Плачет тысячелетие
По Расее — Россия!
Выкликает проклятия...
А попробуй, спроси
Да была ль она, братие,
Эта Русь на Руси?
Эта — с щедрыми нивами,
Эта — в пене сирени,
Где рождаются счастливыми
И отходят в смиреньи.
Где как лебеди — девицы,
Где под ласковым небом
Каждый с каждым поделится
Божьим словом и хлебом...

Александр Галич «Русские плачи»

Не представляется возможным гарантировать человеку жизнь без ТПС. Напротив, весь людской опыт показывает, что природные, технологические и социальные катастрофы — источник чрезвычайной угрозы и чрезмерного страдания — становятся естественным фоном современного этапа общественного развития, а готовность к юнфронтации с травматическим психическим стрессом — компонентом современной ментальности. Однако взамен люди научаются все в большей степени, как им избавиться от хронического жестокого стресса выживания, истоки которого кроются в несовершенстве социальной организации человеческого общежития.

Эпоха буржуазных революций XVIII—XIX вв. и последующий социально-исторический прогресс доказали спра-

ведливость представления о происхождении государства как «общественного договора», согласно которому государство — высшая, необходимая форма социальной организации, властные функции которого, в конечном счете, должны быть направлены на обеспечение безопасности и благосостояния своих граждан. В этом смысле государство призвано служить политическим воплощением идеи (феномена реальности воображения) этнокультурного единства, продуктом максимально широкого интерперсонального согласия по поводу индивидуальных значений (личностных смыслов) культурно-исторических реалий этнического (межэтнического, суперэтнического) общежития.

Опыт показывает, что с этой, собственно психоисторической точки зрения, для граждан Московской Руси (России) главным источником ХЖС выживания на протяжении более четырех сотен лет являлось опричное имперское, в полном смысле этого слова — психопатогенное, невротическое государство. Иными словами, наше государство на протяжении сотен лет выступало как воплощение этнокультурной невротической (нарциссической) аффект-идеи (дисторсии), сценарий более чем четырехсотлетней исторической трагедии насилия и принуждения, продукт вынужденного делегирования гражданами властных полномочий имперской опричнине, государству в государстве.

Трагический опыт сотен лет гражданской войны показал конечную несостоятельность «Третьего Рима» — Российской опричной империи.

Вымиранию, психозу и вырождению нации может эффективно противодействовать только национальное государство.

Процветанию, благосостоянию и здоровью нации может эффективно способствовать только правовое государство.

Поэтому следует прямо сказать, что Россия должна в кратчайшие сроки из опричной империи стать национальным правовым государством.

Каким образом это может быть достигнуто? Очевидно, что современная Россия — не Московская Русь (Московия),

не страна этнокультурных русских (хотя этнокультурные Московиты и составляют безусловное большинство населения страны). Распад Российской опричной империи, с ее принципом «Человек — винтик государственной машины», порождающим пренебрежение к правам личности, однако вовсе не предопределяет судьбу великой страны — России.

Следует прямо заявить, что Россия как равнинная империя создавалась не только и не столько путем порабощения, сколько путем освоения (колонизации) пустолежащих земель. В процессе этой колонизации сложился евразийский суперэтнос — россияне, нация молодая (немногим старше суперэтноса США) и, по колоссальной освоенной территории, немногочисленная. Национальное государство в этих условиях и не должно опираться на фактор этнического большинства — это лишь усугубит нарциссический («гордыня — уныние») невротизм гражданина имперского государства (например, достаточно назвать оскорбительное по существу понятие «национального меньшинства»).

С другой стороны, сама природа опричного государства, руководствующегося принципом «Бей своих — чужие бояться будут», порождает обстановку перманентной гражданской войны, временами переходящей во взаимное внутринациональное и межэтническое самоистребление. Более четырехсот лет этой войны практически исчерпали индивидуальный геополитический ресурс («пассионарность» Н. С. Гумилева) этно-культурных русских. Главная вина за это падает на квинтэссенцию опричнины — репрессивный аппарат (тайную государственную полицию). Правовое национальное государство, отказавшееся от имперской политики, должно в первую очередь направлять свои усилия на достижение целей национальной (суперэтнической), а не собственной, аппаратно-государственной безопасности.

Иными словами, психопатогенетический потенциал любого государства (его свойство порождать хронический жестокий стресс выживания) связан только с двумя его характеристиками — опричнины (альтернатива — правовое госу-

дарство) и империи (альтернатива — национальное государство). Другие его характеристики (политический строй, структура государственного аппарата и т. п.) связаны с особенностями народного темперамента (этнокультурными и геополитическими реалиями) и психопатогенным потенциалом не располагают.

В определенном смысле можно говорить, что государство и человеческое Эго обладают структурно-организационным сходством: невротическое государство выступает как сумма экстернализаций невротизма участников исторической драмы (как во всякой драме, число ее героев — вершителей народных судеб — ограничено).

Поэтому можно сказать, что разница между невротическим процессом и метаневрозом такая же, как между гражданской войной и распадом опричного имперского государства, — второе есть следствие первого. Россия как целостное государство сохранится только в случае открытого отказа от опричнины и имперских традиций (покаяния) при одновременном умножении усилий по активному освоению пустолежащих земель.

Представляется, что сложившаяся система государственного управления России по смешанному этно-территориальному принципу содержит внутреннее противоречие, губительное для психического здоровья этнокультурных православных русских — московитов. Если признать, что единство национального правового государства (собственно нацию) России обеспечивает евразийский суперэтнос — россияне, то в рамках федерации должны быть представлены не только государственные образования иных этнических культур (как это имеет место в настоящее время), но и собственно русские государства (Московская Русь, Северная Русь, Северо-Западная Русь, Новороссия, Поволжская Русь, Уральская Русь, Алтайская Русь, Енисейская Русь, Приморье и, конечно, многие другие). При безусловном преобладании этнического единства русского населения этих громадных регионов, климато-географическое и хозяйственно-эко-

номическое своеобразие их столь очевидно, что для процветания, благосостояния и здоровья их населения (и успеха федерации) необходима известная часть государственной самостоятельности управления на местах (подобно тому, как это осуществляется в США, Германии, Швейцарии). Представляется, что подобный путь реализации русской идеи в рамках евразийского суперэтноса будет способствовать скорейшему преобразованию России в процветающее национальное правовое государство.

Однако это уже политика — искусство формирования реальности воображения, национальной идеи. Автор же позволил себе лишь высказать суждение о возможном пути решения, как писал В. Я. Брюсов, «старого вопроса»:

Мы кто в этой старой Европе?
Случайные гости? Орда,
Пришедшие с Камы и с Оби,
Что яростью дышит всегда,
Все губит в бессмысленной злобе?
Иль мы — тот великий народ,
Чье имя не будет забыто,
Чья речь и поныне поет
Созвучно с напевом санскрита?

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных. Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1988.
2. *Айвазян Т.А., Зайцев В.П. и др.* Изучение диагностических возможностей цветового теста у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Психол. журнал. 1989. Т. 10. № 3. С. 106—111.
3. *Александровский Ю.А., Лобасов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П.* Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
4. *Александровский Ю.А. и др.* Методические рекомендации по изучению пограничных нервно-психических расстройств. М., 1986.
5. *Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П., Юров В.В.* Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях (по материалам аварии на Чернобыльской АЭС) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1989. Т. 89. № 5. С. 111—117.
6. *Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.И.* Медико-психологическая помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф // Военно-медицинский журнал. 1990. № 8. С. 73—76.
- 6а. *Альтшуллер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М.: Медицина, 1994.
7. *Амбрумова А.Г.* Психалгии в суицидологической практике // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. Т. 82. М., 1978. С. 73—92.
8. *Антономов Ю.Г.* Моделирование биологических систем: Справочник. Киев: Наукова думка, 1977.
9. *Антонян Ю.М., Пуховский Н.Н., Самовичев Е.Г., Смирнова Г.Г., Туманова М.А.* Комплексное монографическое исследование личности преступника и опыт его проведения // Проблемы профилактики правонарушений в развитом социалистическом обществе: Межвузовский сб. науч. трудов МВШМ МВД СССР. М., 1982. С. 101—111.

10. *Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г.* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. М., 1990.
11. *Арбиб М.* Метафорический мозг. М.: Мир, 1976.
12. *Березин Ф.Б.* Психопатология гипоталамических поражений (клиника, нейрогуморальное регулирование, закономерности действия психотропных средств): Автореф. докт. дисс. М., 1971.
13. *Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В.* Методика многостороннего исследования личности М.: Медицина, 1976.
14. *Березин Ф.Б., Соколова Е.Д., Шестернева С.Б.* Рекомендации по применению личностных методик для выявления очерченных психопатологических состояний в целях психофизиологического отбора в гражданской авиации. М.: Воздушный транспорт, 1983.
15. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1987.
16. *Блейхер В.М.* Эпонимический словарь психиатрических терминов. Киев, 1980.
17. *Блум Г.* Психоаналитические теории личности / Пер. с англ. А.Б. Хавина. М.: КСП+, 1996.
18. *Большов Л.Н., Смирнов Н.З.* Таблицы математической статистики. 3-е изд. М.: Наука, 1983.
19. *Боченков А.А., Маклаков А.Г., Мухин А.П., Чермянин С.В.* Динамика социально-психологического и психофизиологического состояния моряков экипажа атомной подводной лодки «Комсомолец» в постстрессовый период // Психол. журн. 1995. Т. 16. № 1. С. 52—63.
20. *Вайсфельд М.* Первичный бред, или бред в строгом смысле у шизофреников // Труды ин-та им. Ганнушкина. М., 1936. Вып. 1. С. 151—180.
21. *Вайсфельд М.И.* Параноидные явления. Их генез и разновидности // Труды ин-та им. Ганнушкина. Вып.3. М., 1939. С. 231—266.
22. *Вальдман Л.В., Бабаян Э.А., Звартау Э.Э.* Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. М.: Медицина, 1988.
23. *Вахов В.П.* Основные подходы к индивидуальной и групповой психотерапии посттравматических стрессовых расстройств. Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 62.
24. *Вейн А.М., Дюкова Г.М., Попова О.П.* Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты ее эффективности // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 3. Вып. 4. С. 98—108.

25. *Викторов И.С.* Уголовно-правовая ответственность за распространение венерических заболеваний (уголовно-правовое и криминологическое исследование). Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1980.
26. *Воловикова М.И., Махнач А.В.* Психология, психотерапия и христианство («Круглый стол») // Психол. журнал 1995. Т. 16. № 1. С. 176—178.
27. Восприятие. Механизмы и модели / Под ред. Н. Ю. Алексеенко. М., 1974.
28. *Вулридж Д.* Механизмы мозга. М.: Мир, 1965.
29. *Вульф Э.* Перечеркнувшая себя интенциональность: бред как попытка субъекта изъять себя из общественных отношений и истории // Независимый психиатрический журнал Вестник НПА. М., 1994. № 2. С. 5—12.
30. *Выготский Л., Геллерштейн С., Фингерт Б., Ширвиндт М.* Основные течения современной психологии М.: Госиздат, 1930.
31. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика (1933) // *Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. М.: Медицина, 1964.
32. *Ганнушкин П.Б.* Об эпилептоидном типе реакции (1927) // *Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. М.: Медицина, 1964.
33. *Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. М.: Мир, 1966.
34. Геронтология. Учебное пособие / Под ред. Д. Ф. Чеботарева. М.: Медицина, 1990.
35. *Голов Ю.С. и др.* Музыкальная психотерапия в комплексной медико-психологической реабилитации у больных с различными видами неврозов // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-методической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 27.
36. *Гозулов С.А.* Надежность человека-оператора как одно из направлений профилактики антропогенных аварий и катастроф. Медицина катастроф. 1994, № 1—2 (5—6). С. 83—90.
37. *Голосовкер Я.Э.* Логика мифа. М.: Наука, 1987.
38. *Губачев Ю.М., Ананьев В.А., Симаненков В.И.* Личностно-типологический подход к изучению язвенной болезни желудочно-кишечного тракта // Психол. журнал. 1988. Т. 9. № 1—2. С. 77—86.
39. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981.
40. *Гуревич М.О.* Психопатология детского возраста. М.: Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1927.
41. *Дашков И.М., Устинович Е.А.* Экспериментальное исследование шкалы субъективного предпочтения цвета (тест Люшера) // Ди-

- агностика психического состояния в норме и патологии. Л., 1980. С. 115—126.
42. Дельгадо Х. Мозг и сознание. М.: Мир, 1971.
 43. Дерюгин Ю.И. Некоторые психологические проблемы ликвидации землетрясения в Армении // Психол. журн. 1989. Т. 10. № 4. С. 129—134.
 44. Доброхотова Т.А. Эмоциональная патология при очаговом поражении головного мозга. М.: Медицина, 1974.
 45. Дубинин А.М. Об интеллектуальной недостаточности психопатов // Труды ин-та им. Ганнушкина. Изд-во научно-исслед. невро-психиат. ин-та им. Ганнушкина. М., 1939. С. 267—277.
 46. Егоров Н.А., Спиров Г.В., Кирякова Н.А. Психологические характеристики супружеских пар, больных заразными формами сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. 1981. № 5. С. 73—76.
 47. Жариков Н.М., Либерман Ю.И. Стандартизированные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией. М., 1980.
 48. Жезлова Л.Я., Пуховский Н.Н. Меры профилактики самоубийств и концепция суицидального риска // Материалы симпозиума по проблемам суицидального поведения. М., 1974.
 49. Зинovieв П.М. Душевные болезни в картинах и образах. М., 1927.
 50. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуации насилия и унижения человеческого достоинства // Психол. журнал. 1989. Т. 10. № 4. С. 113—124.
 51. Иванов А.Л. и др. Метод психодрамы в медико-психологической реабилитации военнослужащих с последствиями боевой травмы // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 37.
 52. Ивашкин В.Т. и др. Организация специализированной терапевтической помощи пострадавшим при землетрясении в Армении // Военно-медицинский журнал. 1990. № 3. С. 25—31.
 53. Инкельс А. Личность и социальная структура // Американская социология. Перспективы, проблемы, методы. М.: Прогресс, 1972. С. 37—53.
 54. Информация о лекарственных средствах для специалистов здравоохранения // Лекарственные средства, действующие на центральную нервную систему. Вып. 1 М.: Фармединфо, 1996.
 55. Калинин В.В. и др. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность лечения альпрозоламом // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 3. Вып. 3. М., 1993. С. 100—106.

56. *Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М.* Влияние посттравматических психических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 1. С. 33—36.
57. *Клюканова Т.М.* Отграничение умышленного тяжкого телесного повреждения, повлекшего смерть потерпевшего от умышленно и неосторожного убийства // Вести СПб. ун-та, Сер. 6. Философия, политология, социология, психология, право. СПб., 1992. Вып. 2: С. 112—115.
58. *Ковалев В.В., Асанова Н.К.* Посттравматические стрессовые расстройства у детей и подростков вследствие стихийных бедствий и катастроф (вопросы семейной психотерапии) // Социальная и клиническая психиатрия 1992. Т. 2. Вып. 2. С. 31—35.
59. *Козлова И. Н.* Личность как система конструкторов. Некоторые вопросы психологической теории Дж. Келли // Системные исследования: Ежегодник. 1975. М.: Наука, 1976. С. 128—148.
60. *Колос И.В., Вахов В.П., Колесников А.А.* Психотерапевтическая тактика при коррекции состояний психической дезадаптации у заложников // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Магериалы Первой всероссийской конференции по психотерапии. М., 1996. С. 67.
61. *Коновалов Н. В.* Замечания о патогенезе эпилептических реакций // Труды ин-та им. Гайнушкина. М., 1936. Вып. 1. С. 381—398.
62. Конспект по психиатрии. Составлен согласно программе испытаний в медицинской комиссии 1893—1894 ак. г. М., 1897.
63. *Корн Г., Корн Т.* Справочник по математике для научных работников и инженеров. М.: Наука, 1974.
64. *Корнетов Н.А., Скороходова Т.Ф., Решетников В.И.* Клинико-биологические параллели при психогенной депрессии // Социальная и клиническая психиатрия. М., 1992. Т. 2. Вып. 1. С. 113—117.
65. *Косенков А.А.* Особенности психической адаптации старших операторов Чернобыльской АЭС в период ликвидации последствий аварии: Автореф. канд. дисс. М., 1992.
66. *Коханов В.П., Остроглазов В.Г., Пуховский Н.Н.* Психиатрия катастроф: Проблемы развития и совершенствования отраслевой службы психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях и при их ближайших и отдаленных последствиях // Медицина катастроф. М., 1994. № 1—2 (5—6). С. 74—78.
67. *Кошечев В.С., Мартенс В.К., Ларцев М.А., Пуховский Н.Н.* Особенности психической адаптации оперативного персонала ЧАЭС в период ликвидации последствий аварии // Ближайшие и отда-

- ленные последствия радиационной аварии на ЧАЭС. М., 1987. С. 486—493.
68. *Краснов В.Н. и др.* Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 1: Структура и актуальный патогенез // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3. Вып. 1. С. 5—10.
69. *Краснов В.Н. и др.* Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 2: Клинико-патогенетические и патопластические взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия 1994. Т. 4. Вып. 3. С. 6—20.
70. *Краснянский Е.К.* Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов (обзор литературы). М.: Синапс, 1993. № 3. С. 14—34.
71. *Краснушкин Е.К.* Кабинет по изучению личности преступника и преступности // Изучение личности преступника в СССР и за границей. М., 1925. С. 33—34.
72. *Краснушкин Е.К.* Что такое преступник? // Преступник и преступность. М., 1926. Сб. 1. С. 6—33.
73. *Краснушкин Е.К.* К психологии и психопатологии половых преступлений // Правонарушения в области сексуальных отношений М., 1927. С. 11—22.
74. *Краснушкин Е.К.* Опыт психиатрического построения характеров у правонарушителей // Преступление и преступность. М., 1928. Сб. 2. С. 7—33.
75. *Кронфельд А.* Современные проблемы учения о шизофрении // Труды ин-та им. Ганнушкина. Вып. 1. Изд-во научно-исслед. невро-психиат. ин-та им. Ганнушкина М., 1936. С. 7—56.
76. *Кронфельд А.С.* Развитие концепции шизофрении до Крепелина / Труды ин-та им. Ганнушкина. Вып. 3. М., 1939. С. 5—49.
77. *Кулагин Б.В.* Основы профессиональной психодиагностики. Л.: Медицина, 1984.
78. *Кус Х.* Феноменологические аспекты меланхолии // Независимый психиатрический журнал. 1994. № 2. С. 13—16.
79. *Леонтьев А.Н.* Очерк развития психики // Избр. произв.: В 2-х т. М.: Педагогика, 1983. Т. 1. С. 184—279.
80. *Литвинцев С.В. и др.* Соотношение психокоррекционной и психотерапевтической помощи военнослужащим, участвующим в боевых действиях // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 150.
81. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия. Л., Медицина, 1985.
82. *Ломброзо Ч.* Преступление / Пер. Г. И. Гордона. СПб., 1900.

83. Ломов В.Ф. Системный подход в психологии // Вопросы психологии. 1975. № 2. С. 31—46.
84. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973.
85. Лямин М.В. и др. Особенности психотерапевтической коррекции посттравматических психических расстройств у военнослужащих // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 67.
86. Махнач А.В., Бутов Ю.В. Зависимость динамики эмоциональной напряженности от индивидуальных свойств личности // Вопросы психологии. 1988. № 6.
87. Методические рекомендации по изучению пограничных нервно-психических расстройств / Под ред. Ю.А. Александровского. М., 1986.
88. Миллер Л., Галантер Ю., Прибрам К. Планы и структура поведения. М.: Прогресс, 1965.
89. Монтгомери С.А., Буллок Т., Пиндер Р.М. Клинический профиль мнсансерина // Социальная и клиническая психиатрия. Т.2. Вып. 2. С. 115—125.
90. Мухина В.С. Психологическая помощь пострадавшим от землетрясения в Армянской ССР // Психол. журнал. 1989. Т. 10. № 5. С. 44—54.
91. Мэзун Г. Бодрствующий мозг. М.: Мир, 1965.
92. Небылицын В.Д. Основные свойства нервной системы человека как нейрофизиологическая основа индивидуальности // Естественнонаучные основы психологии. М., 1978. С. 293—336.
93. Нечипореню В.В., Давыдов А.Т., Рудой И.С. Особенности рациональной психотерапии в комплексном лечении ликвидаторов с радиационной психосоматической болезнью // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 48.
94. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М.: Русский язык, 1991.
95. Основы кибернетики. Теория кибернетических систем / Под ред. К.А. Пулкова. М.: Высшая школа, 1976.
96. Остапенко Л.А. Этиология развития Чернобыльского синдрома радиационного поражения органов дыхания и методы восстановительного лечения // Чернобыльская катастрофа: 12 лет спустя / Под ред. Н.Д. Татарникова М., 1998. С. 158—167.
97. Пожарова Е.Г. Освобождение от горя // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 69.

98. *Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Клиника алкоголизма. Л.: Медицина, 1973.
99. *Прибрам К.* Языки мозга. М.: Прогресс, 1975.
100. *Пуховский Н.Н.* Клиника тревожных расстройств и некоторые гуморальные корреляты тревоги при гипоталамических поражениях: Автореф. канд. дисс. М., 1971.
101. *Пуховский Н.Н.* Тревога и связанные с ней формы девиации, включая суицид // *Материалы симпозиума по проблеме суицидального поведения.* М., 1974.
102. *Пуховский Н.Н.* Вопросы выявления «неблагополучных» детей и подростков среди несовершеннолетнего населения района // *Социально-психологические и социально-педагогические проблемы профилактики правонарушений несовершеннолетних: Сборник научных трудов.* М., 1980. С. 44—59.
103. *Пуховский Н.Н., Ларцев М.А.* Некоторые результаты применения методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) в комплексном изучении проблемы индивидуально-личностных факторов антиобщественного поведения несовершеннолетних // *Социально-психологические и социально-педагогические проблемы профилактики правонарушений несовершеннолетних: Сборник научных трудов.* М., 1981. С. 85—97.
104. *Пуховский Н.Н., Ларцев М.А., Хижнякова Т.Г.* Изучение распространенности психических расстройств среди несовершеннолетних школьников // *Материалы Пленума всесоюзного общества невропатологов и психиатров.* М., 1982. С. 182—185.
105. *Пуховский Н.Н.* Изменения нейровегетативного регулирования как центральное звено патогенеза токсикоманической болезни // *Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: Сб. трудов 2 ММИ.* М., 1988. С. 36—41.
106. *Пуховский Н.Н.* Психопатология антропогенных катастроф // *Медицина катастроф.* М., 1993. № 1(3). С. 69—78.
107. *Пуховский Н.Н.* Разработка психометрической модификации 8-цветового варианта теста М. Люшера // *Психол. журнал.* 1995. Т. 16. № 1. С. 138—147.
108. *Пуховский Н.Н.* Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. Клиническая динамика и патогенез. М., 1997.
- 108а. *Пуховский Н.Н.* Психопатологические аспекты катастрофы на ЧАЭС // *Чернобыльская катастрофа: 12 лет спустя / Под ред. Н.Д. Татарникова.* М., 1998. С. 84—89.
109. *Пятницкая И.Н.* Наркомания: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994.
110. *Распознавание образов. Исследование живых и автоматических распознающих систем.* М.: Мир, 1970.

111. *Решетников М.М., Баранов Ю.А., Мухин А.П., Чермянин С.В.* Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия // Психол. журнал. 1989. Т. 10. № 4. С. 125—128.
112. *Румянцева Г.М. и др.* Психическая дезадаптация и ее взаимосвязь с соматическим здоровьем населения, проживающего на территории с радиационным загрязнением после аварии на Чернобыльской АЭС.
113. *Рыжавский Б.Я., Ковальский Г.Б.* Старение. Адаптация. Обрагичность: Морфологические аспекты. Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 1992.
114. *Савенко Ю.С.* Тревожные психотические синдромы: Автореф. докт. дисс. М., 1974.
115. *Савчикова Л.В.* Анализ эффективности лечения алкогольной зависимости по методу Довженко с помощью цветового теста Люшера // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всерос. учебно-практич. конференции по психотерапии. М., 1996. С. 99.
116. *Сафин В.Ф.* Устойчивость самооценки и механизмы ее сохранения. Вопросы психологии. 1975. № 3. С. 62—73.
117. *Сенкей У.* Лекции о душевных болезнях. СПб., 1868.
118. *Слэйга Дж.* Искусственный интеллект. Подход на основе эвристического программирования. М.: Мир, 1973.
119. *Смирнов В.Е.* Музыка и лечение дистимий // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. М., 1996. С. 53.
120. *Смирнов В.К., Нечипоренко В.В. и др.* Психиатрия катастроф // Военно-медицинский журнал. 1990. 4-й спец. выпуск. С. 49—55.
121. *Смулевич А.Б. и др.* К проблеме идиопатических болей // Синапс 1992. № 2. С. 58—63.
122. *Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю.* Депрессии при соматических заболеваниях (диагностика и лечение) // Русский медицинский журнал. 1966. Т. 4, № 1. С. 4—10.
123. *Снежневский А.В.* Синдромологическая и нозологическая классификация психической патологии: Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1.
124. *Самьен Дж.* Кодирование сенсорной информации в нервной системе млекопитающих. М.: Мир, 1975.
125. *Соколова Е.Т.* Проективные методики исследования личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.
126. *Соколов Е.И., Подачин В.Л., Белова Е.В.* Эмоциональное напряжение и реакции сердечно-сосудистой системы. М.: Наука, 1982. С. 82—102.

127. *Сосновикова Ю.Е.* Психические состояния человека, их классификация и диагностика: Пособие для студентов и учителей. Горький, 1975.
128. Справочник программиста и пользователя / Автор-сост. Д.В. Стефанков. М.: Кварта, 1993.
129. *Стеблин-Каменский М.И.* Миф. Л.: Наука, 1976.
130. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: Современное состояние проблемы // Психол. журнал. 1992. Т. 13. № 2. С. 14—29.
131. *Тарасова В.Н.* О психотерапевтических возможностях работы с эпистемологическими метафорами в лечении психосоматических заболеваний, кризисных состояний и зависимостей // Современные направления психотерапии и их клиническое применение. М., 1996. С. 56.
132. *Тарновская П.* Женщины-убийцы. СПб., 1902.
133. *Уолтер Грей.* Живой мозг. М.: Мир, 1966.
134. *Уотермен Т.* Теория систем и биология: Точка зрения биолога // Теория систем и биология. М., 1971. С. 7—58.
135. *Ушаков Г.К.* Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.
136. *Филатов Б.Н., Клаучек С.В., Ларцев М.А.* Психологические и психогигиенические аспекты химических аварий // Медицина катастроф. 1993. 1 (3). С. 38—42.
137. *Хавенаар Й.М., Румянцева Г. М., ван ден Баут Я.* Проблемы психического здоровья в Чернобыльской зоне // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 3. Вып. 1. С. 11—16.
138. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
139. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени // Собр. соч. в 3-х т. М.: Смысл, 1997. Т. 1. С. 272—488.
140. *Хорни К.* Психология женщины // Собр. соч. в 3-х т. М.: Смысл, 1997. Т. 1. С. 16—270.
141. *Хорни К.* Самоанализ. М.: Прогресс—Универс, 1993. С. 223—466.
142. *Хочачка П., Самеро Дж.* Стратегия биохимической адаптации. М., 1977.
143. *Цымбал Е.И.* Состояние вегетативной нервной системы при ряде синдромов наркоманической зависимости: Автореф. канд. дисс. М., 1989.
144. *Циркин С.Ю.* Вопросы психиатрической систематики в свете Международной классификации болезней 10-го пересмотра // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 10. Вып. 4. С. 109—118.
145. *Чиж В.Ф.* Преступный человек перед судом врачебной науки. Речь, произнесенная в торжественном собрании Общества русских врачей в память Пирогова 27 декабря 1893, в Санкт-Петербурге. Казань, 1894.
146. *Чудин А.С., Рыбальский А.М., Шукин Б.П. и др.* Психиатрический аспект массовых катастроф // Актуальные вопросы медици-

- ны катастроф. М.: МГНИИ скорой помощи им. Н.В. Склифасовского, 1990. С. 68—73.
147. *Шапиев С.М.* Неосторожные преступления и их предупреждение: Учебное пособие. Махачкала: Изд-во ДГУ, 1994.
148. *Шахматов Н.Ф.* Психическое старение и собственно возрастная нозология психических расстройств в старости // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 3. Вып. 1. С. 74—83.
149. *Шибутани Т.* Социальная психология. М.: Прогресс, 1969.
150. *Шилейко А.В., Шилейко Т.И.* Кибернетика без математики. М.: Энергия, 1973.
151. *Шиньон Ж.М.* Теория, эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств // Синапс. 1992. № 2. С. 12—31.
152. *Штернберг Э.Я.* Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.
153. *Шувалова А.Э.* О музыкальной материи и о некоторых приемах работы в музыкотерапии // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: Материалы Первой всерос. учебно-практич. конференции по психотерапии. М., 1996. С. 175.
154. *Шумаков В.М., Гуховский Н.Н.* Сравнительное эпидемиологическое исследование больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия и суицидальные попытки // Судебно-медицинская экспертиза. 1976. № 11.
155. *Энтин Г.М., Крылов Е.Н.* Клиника и терапия алкогольных заболеваний: В 2-х т. М.: Медицина, 1994.
156. *Юрьев А.И.* Оценка отрицательных практических состояний человека-оператора на основе данных теста Люшера // Проблемы инженерной психологии Л., 1984. Вып. 2. С. 239—241.
157. *Chemtob C. M. et al.* Гнев, импульсивность и контроль гнева у пациентов со связанным с военными действиями посттравматическими стрессовыми расстройствами: Ежегодник. Статьи из Ежегодного издания по психиатрии и психическому здоровью. 1996. Т. 4. С. 24.
158. *Kendler K.S., Neale M.C., Walsh D.* Оценка спектра концепций шизофрении при семейном исследовании Roscommon: Ежегодник // Выдержки из ежегодника по психиатрии и практической гигиене. 1996. Т. 1. С. 29.
159. *Lombroso C. и Ferrero G.* Женщина-преступница и проститутка. Пер. Г. И. Гордона. Киев, 1902.
160. *McMahon R.J.* Диагностика, оценка и терапия проблем экстернализации у детей: роль данных, полученных в продольных исследованиях: Ежегодник. Статьи из ежегодного издания по психиатрии и психическому здоровью. 1996. Т. 3. С. 13.

161. *Marcovitz J.C.* Психотерапия дистимии. Ежегодник. Статьи из ежегодного издания по психиатрии и психическому здоровью. 1996. Т. 3. С. 35.
162. *Odier Ch.* Эдиповский комплекс и его влияние на характер, здоровье и жизнь // Психаналитический этюд / Пер. с фр. В. И. Фаворской. Киев, 1928.
163. *Reich J. et al.* Проспективное катамнестическое исследование течения социальных фобий: Ежегодник. Выдержки из Ежегодника по психиатрии и практической психогигиене. 1996. Т. 1. С. 23.
164. *W. Stekel.* Причины нервности / Авторизован. пер. С.Н. Горбовой М., 1912.
165. Abstracts of the standard edition of Freud. National Institute of Mental Health, 1971.
166. *Bach. Feldes. Thom. Weise Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis* VEB Georg Thieme. Leipzig, 1976
167. *Baruk H.* La psychopathologie experimentale. Presses Universitaires de France, 1964.
168. *Biondi M.* Recenti modelli patogenetici in medicina psychosomatica // Med. psychosom. 1979, 24, p. 44--67.
169. *Braun C. M., Bonta J. L.* Cross-cultural validity, reliability and stimulus characteristics of the Luscher's test // J. Pers. Assesment. 1979, N5, p. 459—460.
170. *Brunton P.* The Inner Reality. Century London Melbourne Auckland Lohannesburg, 1982.
171. *Brunton P.* The Spiritual Crisis of Man. Samuel Weiser, Inc. York Beach, Maine, 1984.
172. *Butcher J.N. et al.* Development and Use of the MMPI-2 Content Scales. University of Minnesota, Minneapolis, 1990.
173. *Cameron N. and Magaret A.* Behavior Pathology. The Riverside Press. New York, 1951.
174. *Campbell R.J.* Psychiatric Dictionary. Fifth Edition. New York: Oxford University Press, 1981.
175. *Caprio F.F., M. D. and Brenner D.R.* Sexual Behavior: psycho-legal aspects. Paperback Library, inc. New York, 1964.
176. *Carlos Castaneda.* The teachings of don Juan: a Yaki way of knowledge. Pocket books. New York, 1974.
177. *Delay J., Pichot P. et Perse J.* Methodes psychometriques en clinique. A Paris Chez Masson et Cie, 1966.
178. The Dependence Phenomenon / Edited by M.M. Glatt and J. Marks. MTP Press Limited, 1982.
179. Depressive Zustände / Erkennung, Bewertung, Behandlung. Herausgegeben von P. Kielholz Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien, 1972.

180. *Eysenck H.-J. und Rachman S.* Neurosen. Ursachen und Heilmethoden. VEB Deutscher Verlag der wissenschaften Berlin, 1972.
181. *L'aveil de coma, aspects psychiques.* Proceedings of a symposium. Strasbourg 20—21 mars 1993 *Agressologie*, 1993, 34, Spec. N3, p. 99—175.
182. Extract from Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines to Chapter Y (F) of ICD-10 «Mental Behavioural and Developmental Disorders». List of categories (April 1988 draft) // *British Journal of Psychiatry* 1988, 152 (Suppl. 1), Appendix 1, p. 44—49.
183. *Áy H., Bernard P. et Brisset Ch.* Manuel de psuichiatrie. Masson et Cie, Paris, 1967.
184. *Fourroux J.* De la dissidence d'une psychologue. *Agressologie*. 1993, 34, Spec. N3, p. 161—162.
185. *Freud S.* Introduction a la psychanalyse. Petit bibliotheque Payot, 1968.
186. *Goenjian A.* A Mental Health Relief Programme in Armenia After the 1988 Earthquake // *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163, p. 230—239.
187. *Gorski T.T., Miller M.* The phases and warning signs of relapse. Herald House — Independence Press, 1984.
188. *Haffner J.* Anger. Thoughts, feelings, actions. Hazelden, 1989. Order. N 5225.
189. *Horney K.* Our Inner Conflicts. A constructive theory of. Neurosis. First published in Norton Library. The Norton Library Inc. New York, 1966.
190. *Kozarska-Dworska J.* Psychopatia jako problem kriminologiczny. Wydawnictwo Prawnicze Warczawa, 1977.
191. *Krafft-Ebing R. von.* Traite clinique de Psychiatrie. Paris, 1897.
192. *Lacey M.* A clear concept of intention: Elusive or illusory // *Mod. Law Rev. L.*, 1993, Vol. 56, N5, p. 621—642.
193. *La depression masquee / Edite par P. Kielholz, Bale,* Edition Hans Huber Berne Stuttgart Vienne, 1973.
194. *Lader M.* The Nature of Anxiety // *The British J. of Psychiatry*. Vol. 12, N 564, Nov. 1972, p. 98—106.
195. *Leonhard K.* Akzentuierte Personallichkeiten. VEB Verlag Volk und Gesundheit. Berlin, 1976.
196. *League R.* Psycholinguistic Matrices. Monton, The Hague. Paris, 1977.
197. *Luscher M.* The Luscher colour test. London Cape, 1970.
198. *Luscher M.* The 4-color person. Published by Pocket Books. New York.
199. *Meltzer D.* Terror, persecution, dread — a dissection of paranoid anxiety. *Progr. Neurol. Psychiat.*, 22, 1967, p. 369—401.
200. *Mezzich J.E., Cranach M. von.* International classification in psychiatry. Unity and diversity. Section of Nomenclature and classification. World Psychiatric Association. Cambridge University Press, 1988.

201. *Peseschkian A.* Stories and tales in positive psychotherapy. Mundo, Monde, Welt, World Psychiatry. Newsletter of the world psychiatric association. Vol. 1, Number 2, Cologne issue, p. 26—29.
202. *Pynoos R.S. et al.* Post-traumatic Stress-Reactions in Children After the 1988 Armenian Earthquake. British J. of Psychiatry. 1993, 163, p. 239—247.
203. *Reber A.S.* The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Books, 1985.
204. *Rood N.* Theorie scientifique des couleurs. Paris, 1881.
205. *Sartorius N. et al.* Psychiatric classification in an international perspective. British J. of Psychiatry. 1988, Vol. 152, Supplement 1, p. 44—50.
206. *Schulte W., Toelle R.* Psychiatrie. Springer Verlag, Berlin—Heidelberg—New York, 1971.
207. *Sheehan T.* Shame. Thoughts, feelings, actions. Hazelden, 1989. Order. N 5224.
- 207a. *Tiapridal.* A Product Monograph. Sept. 1994, Delagrange, Synthelabo, Gr.
208. *Wallnoefer H.* Der Lüscher-Farbttest zur Diagnose des Vegetativen Verhaltens. Arzt. Prax., 1966, B. 18, N 70, s. 2348—2352.
209. *Wright-Malear M-K.* Rosen Method Bodywork in the USSR. AHP (Assotiation for Humanistic Psychology), Perspectives, March-April, 1989, p. 7.
210. *Zurabashvili A.D.* Personality and antinomic reactions. Totus Homo Vol. 3, N 3, 1971, p. 120—121.
211. *Zourabachvili A.D.* Les Niveaux dynamiques de l'appareil psychique et les problemes personnologiques. L'evolution psychiatrique N3, 1971, p. 489—495.
212. *Zolpidem: an update of its pharmacological properties and therapeutic place in the management of insomnia / H. Freeman, A. J. Puech, T. Roth Eds.* Elsevier. Amsterdam. Oxford—Paris—New York—Tokyo, 1996.