

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МАКРОСОЦИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Тихоокеанский государственный медицинский университет  
(Россия, г. Владивосток, ул. Острякова, д. 2)

Отражены результаты клинико-антропологического обследования трех групп пациентов с психическими расстройствами макросоциального генеза: безработные шахтеры ( $n = 300$ ) в возрасте ( $48,6 \pm 8,8$ ) года, комбатанты ( $n = 400$ ) в возрасте ( $29,5 \pm 6,7$ ) года и мигранты ( $n = 100$ ) в возрасте ( $43,7 \pm 11,8$ ) года. Отражены эпидемиологические, динамические, синдромальные, стереотипические, патогенетические и психотерапевтические характеристики расстройства адаптации макросоциального генеза. Дифференцированно по группам представлены 10 психотерапевтических параметров-мишеней, составивших основу системы психотерапии и курса медико-социальной реабилитации пациентов в целом.

Ключевые слова: чрезвычайные ситуации, экстремальная психология, клиническая психология, клинико-антропологическая модель, безработные, комбатанты, мигранты, макросоциальный стресс, патогенез, психотерапевтические мишени.

### Введение

Психические расстройства, обозначаемые как расстройства адаптации макросоциального генеза (РАМГ), являются наиболее актуальной проблемой в сфере социальной психиатрии, психосоциальном консультировании и социальной работе [1–3, 11, 12, 17]. Это нарушения широкого регистра от невротических реакций до психотических расстройств, возникающие под влиянием кризисных, экстремальных или чрезвычайных событий и ситуаций государственных масштабов: потеря работы и скудное существование, вынужденное переселение, миграция, война, определяющие специфичность медико-социальной превенции, коррекции и реабилитации [7, 9, 11, 16]. РАМГ представляют собой полиморфную картину нарушений, которые обуславливают изучение разнообразных планов человеческого существования и функционирования [5, 8, 9, 11, 12, 18].

Сохраняя клиническую дифференциацию, различают следующие формы РАМГ: а) прямые, фоновые, компенсирующие («следовые» по А.Д. Сперанскому [13]), резидуальные (катамнестические); б) острые, хронические и множественные. Причинами РАМГ являются:

1) чрезвычайные макросоциальные стрессоры (МС), ведущие к посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР) примерно у 30–50 % мирного населения, пережившего экстремальный стресс, и порядка 15–20 % у военных и профессионалов (по данным литературы и собственных исследований) [1, 2, 11];

2) хронические МС, ведущие преимущественно к социально-стрессовым расстройствам – ССР (в нашем исследовании у безработных);

3) множественные МС, значительно увеличивающие удельный вес ПТСР в популяции и нашей выборке, особенно отсроченных форм (это касается, прежде всего, мигрантов и комбатантов).

Ассоциированность расстройств психики и поведения с МС может быть представлена следующим образом (формы РАМГ):

1) прямая ассоциация – МС ведущий этиологический фактор – формирует «прямые» РАМГ, включающие социально-стрессовые расстройства, ПТСР и их специфические проявления [синдромы «корейский», «вьетнамский», «афганский», «чеченский», «стокгольмский» («заложника»), «выживших» («survivors»), KZ-синдром (пленника концлагеря), «ответа на стресс» («stress response syndromes»), «обманутых ожиданий», «боевое утомление», «боевое истощение», «боевая травма», «застывшей вины» и др.];

2) фоновая и косвенная ассоциация (неблагоприятная социокультурная среда, «хронически» и с периодическими «обострениями», влияющая как на больных, так и здоровых, для невротиков – клинически значимо, т. е. усиливающее или образующее симптоматику влияния), например «фоновые» РАМГ – неврозы;

3) дополнительная (замещающая, компенсирующая, «следовая») ассоциация отвечает за

Потапов Олег Владимирович – канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии Тихоокеанского гос. мед. ун-та (Россия, 690002, г. Владивосток, ул. Острякова, д. 2); e-mail: oleglh9@gmail.com;

Ульянов Илья Геннадьевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии Тихоокеанского гос. мед. ун-та (Россия, 690002, г. Владивосток, ул. Острякова, д. 2); e-mail: ulyanov@mail.primorye.ru

формирование психосоматической патологии и аддикций. Аддикции первично определяются не макросоциальными факторами, а биологическими (наследственность, алиментарный и другие виды дефицита базисных потребностей), микросоциальными (культура, традиции, отношение к психоактивным веществам в родительской семье, в собственной семье, профессиональной и дружеской средах), индивидуальными (особенности переработки стресса и фрустрации базисных потребностей, процессы идентификации, противопоставленные зависимому образу жизни) и другими. В то же время, при ПТСР, особенно боевых, использование токсикоманических средств носит первично компенсирующий характер в рамках традиции и доступности, который трансформируется в «аддиктивный стиль жизни» и актуализируется в мирное время в форме алкогольно-наркотического реагирования на разнообразные социально-стрессовые ситуации по типу «следовых реакций», смоделированных А.Д. Сперанским [13], которые, в свою очередь, имеют единый патогенетический механизм с неврозами [6, 12];

4) резидуальная (катамнестическая) ассоциация – прослеживается в катамнезе. Подвиды:

а) остаточная, характерологическая (психологическая, например развитая стеничность в преодолении социально-экономических трудностей);

б) патохарактерологическая (невротические развития и психопатические проявления, в которых первичный МС-фактор перестает иметь влияние в силу актуальной психосоциальной дезадаптации / выраженной деструктивности / морально-этического дефекта);

в) токсико-органическая (полная потеря этиологической специфики с формированием психоорганического или соматического дефицита, обретающим ведущую роль в клинике).

Предлагаемая классификация ПАМГ компактна при достаточной степени дифференциации и удобна для практического применения, что и показывают наши исследования.

Цель исследования – изучить и описать клинические характеристики пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза в эпидемиологическом, синдромальном, динамическом, стереотипическом и патогенетическом аспектах.

### Материалы и методы

В рамках исследования различных социально дезадаптированных групп населения на протяжении 1998–2014 гг. обследовали 800 человек, которых распределили на группы:

1-я – безработные шахтеры ( $n = 300$ ) в возрасте ( $48,6 \pm 8,8$ ) года;

2-я – сотрудники полиции, командированные на полугодичную службу в Чеченскую Республику ( $n = 400$ ) в возрасте ( $29,5 \pm 6,7$ ) года;

3-я – мигранты ( $n = 100$ ) в возрасте ( $43,7 \pm 11,8$ ) года.

*Сила и экспозиция стресса.* Шахтеры – срок безработицы 3–24 мес; большое значение имеют возраст и выраженность профессиональной и психосоматической патологии в группе. Сотрудники – прохождение на протяжении 6 мес службы в Чеченской Республике, 2001–2002 гг. Мигранты – распределение пациентов по степени психологической травматизации, обусловившей и/или включенной в процесс миграции, вынужденного переселения: группа А – 48 %; группа В – 31 %; группа С (максимальная травматизация) – 21 %.

Психопатологию в группах рассматривали в следующих аспектах:

1) клинко-эпидемиологическая характеристика;

2) синдромы при ПАМГ;

3) клинко-динамические показатели;

4) стереотипическая переработка стресса – фиксированные формы переработки макросоциальных влияний острого интенсивного и длительного околопорогового характера и реагирования на них. Данная характеристика предложена Б.С. Положим [9] на основании эпигенетической концепции Э. Эриксона [14] и связанной с ней теорией кризиса идентичности при возрастных и социокультурных критических событиях, включающей 3 основных типа: аномический, диссоциальный или агрессивно-деструктивный, магифренический;

5) патогенез (лат. *circulus vitiosus* – порочный круг) расстройств адаптации макросоциального генеза;

6) психотерапевтические параметры и мишени;

7) аналитическое заключение в отношении рассматриваемых расстройств.

ПАМГ диагностированы у 569 человек, или 71,1 %. Объектом внимания являлись неврозы в целом и неврозы, ассоциированные с МС, в частности. В случаях, когда этиологический фактор – макросоциальное травмирующее воздействие – был несомненен, расстройства, по своей клинической сути невротические, относились, в соответствии с МКБ-10, к расстройствам адаптации (F43), имеющим широкую представленность в нашем исследовании (26,4 %). Диагноз выставлялся при наличии достоверной информации о предшествующей макросоци-

Таблица 1

Критерии выраженности психических расстройств

Балл	Характеристика оценки
0	Здоровье, адаптивность
1	Адаптационные реакции на стрессовые факторы, конфликты разных уровней. Стресс-реакции, функциональные нарушения. Невротическая реакция
2	Разворачивающиеся проявления дезадаптации. Невротический процесс. Посттравматическое (ПТСР) и социально-стрессовое расстройства (ССР). Зависимость легкой степени
3	Устойчивые (хронические) расстройства, дезадаптивные процессы. Невротическое развитие. Расстройства личности. Зависимость средней степени
4	Психотические процессы. Психоорганические расстройства легкой и средней степени тяжести с ограниченной способностью к социальной адаптации. Зависимость тяжелой степени
5	Состояния личностного дефицита. Интеллектуально-мнестическое снижение. Личностный дефект

альным воздействиям предикционной отягощенности, на основании наблюдаемой стадии невротического процесса и преемственности *circulus vitiosus*. Ассоциированность «МС – психопатология» в исследовании была столь интимна, что обосновала объединение их в одну категорию РАМГ.

Для решения поставленных целей и задач в исследовании использовались следующие методы: клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический, социологический, экспериментально-психологический (включая изучение экзистенциальных факторов), статистический.

Критерии общей оценки выраженности психических расстройств, РАМГ и неврозов – производилось ранжирование (от 0 до 5) представленности общей психопатологии ( $\max = 500$ ) и невротичности ( $\max = 300$ ) – отражены в табл. 1 [6, 11, 12, 18].

Были получены следующие коэффициенты:  $k_p$  – коэффициент психопатологии, ассоциированной с макросоциальным стрессовым воздействием;  $k_n$  – выраженность невротичности в группах;  $k_d$  – выраженность РАМГ ( $n = 569 - 100\%$ ).

### Результаты и их анализ

1. Клиничко-эпидемиологические данные, представленные в табл. 2, отражают структуру

психопатологии в группах исследования (на 1000 человек населения, подвергшихся воздействию макросоциального стресса).

В исследовании наблюдались следующие формы РАМГ:

1) прямые – реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F43), включающие в себя: ПТСР (F43.1) и собственно расстройства адаптации по МКБ-10 (F43.21-5). В рамках РА представляется целесообразным использование предложенной Ю.А. Александровским (1992) номинации ССР с ее характеристиками [1, 11]: развитие под влиянием макросоциальной групповой психогении; особенности субъективных переживаний; особенности поведения и клинических проявлений; основные причины возникновения и динамики; основные клинические проявления; основные варианты и их продолжительность. Клиническая оправданность применения этого определения лежит в высокой представленности указанных нарушений среди лиц 1-й (11,3%), 2-й (14,3%) и 3-й (36%) группы в нашем исследовании, сопоставимых с уровнем представленности ПТСР: 1-я – не диагностированы, 2-я – 16,5%, 3-я – 18%;

2) фоновые – неврозы. Собственно неврозы были наиболее частой патологией в исследовании и составили 29%;

3) компенсирующие (с последующей декомпенсацией) – аддикции и психосоматические

Таблица 2

Межгрупповые показатели заболеваемости,  $n$  (на 1000 человек населения)

Расстройства (таксон МКБ-10)	Группа			
	1-я	2-я	3-я	общая
Психоорганические (F06.3–7)	103 (128,8)	44 (55,0)	13 (16,3)	160 (200,0)
Личностные (F60.0–8 и F62.0)	57 (71,3)	8 (10,0)	4 (5,0)	69 (86,3)
Невротические (F40–42, F44, 45, 48)	83 (103,8)	149 (186,3)	-	232 (290)
Социально-стрессовые и посттравматические (РАМГ) (F43)	34 (42,5)	123 (153,8)	54 (67,5)	211 (263,8)
Психосоматические (I10, J45, K25, K26, K51, L20, E05, M06)	23 (28,8)	32 (40,0)	25 (31,3)	80 (100,0)
Зависимости (F10.1–3)	0 (0,0)	44 (55,0)	2 (2,5)	46 (57,5)
Психозы (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз) (F20 и F32)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)	2 (2,5)
Всего	300 (375,0)	400 (500,0)	100 (125,0)	800 (1000)
Выраженность психопатологии, $n = 800 - 100\%$	296,7	211,0	265,0	257,6 $\pm$ 43,3
Выраженность невротичности, $n = 800 - 100\%$	102,3	161,0	193,0	152,1 $\pm$ 46,0

расстройства. Частота проявления этих расстройств в общей популяции была 5,8 и 10,0 соответственно;

4) резидуальные (катамнестические) – реактивные расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, нозология по таксону F23.9 МКБ-10 в катамнезе выявлена у 2 человек (причиной явилась биологическая реакция на землетрясение), в настоящее время наблюдается хроническое течение ПТСР, аддитивный и отрицающий варианты; с ведущим травматико- и токсико-органическим причинным фактором: психоорганические расстройства (F06.3–7).

2. *Синдромологическая характеристика РАМГ.* Ведущими межгрупповыми синдромами являлись астенический (33,4%), тревожно-депрессивный (16,3%), панический (14,5%), дисфорический (11,5%), аддитивный (9,3%), отрицающий (истероформный, 8,6%), соматоформный (6,6%).

3. *Динамические характеристики РАМГ.* Преобладали хронические, длительно развивающи-

еся нарушения – состояния (48%) и развития (26,5%), в  $1/4$  наблюдений неврозов диагностировалась реакция (25,5%). Изолированная оценка ( $n = 569 - 100\%$ ) тяжести РАМГ с учетом стадии процесса ( $k_d$ ): 1-я –  $k_{d1} = 219,3$ ; 2-я –  $k_{d2} = 185,1$ ; 3-я –  $k_{d3} = 238,3$ ; общая группа –  $Mk_d = (214,2 \pm 26,9)$ .

4. *Стереотипическая характеристика РАМГ* – типы переработки макросоциального стресса по Б.С. Положему [9]. Ведущим межгрупповым типом являлся аномический, выявленный у 257 человек (58%); примерно у  $1/3$  исследуемых диагностирован диссоциальный тип – 146 человек (33%); наиболее низкие показатели по магифреническому типу реагирования – 40 человек (9%).

5. *Патогенез.* Во всех 3 группах наблюдались общие этиопатогенетические закономерности развития процесса и ключевые пункты психотерапевтического воздействия. Клиническая картина группового состояния людей, переживших воздействие и влияние макросоциального стресса, является общей для всех изучаемых

Таблица 3

Динамика психологических и патологических изменений, обусловленных МС

Динамика «ответа»	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Стрессовая восприимчивость и переработка стресса	Застревание, обсессивность	Экстраверсия, демонстративность, агрессивность, эксплозивность	Демонстративность, тревожность
Потребность	Социальная, экзистенциальная, «качество жизни»	В уважении группы, финансовая, властная или зависящая от группы, независимость	Базисная (сохранение жизни и ее необходимых компонентов – сна, еды, тепла, уважения)
Травма макросоциальная (МС)	Лишение работы, социально-материального престижа на фоне напряженных и хаотических МС событий	Экстремальный стресс (ЭС), не травмирующим, но значимым стрессовым фактором может быть «этический вызов»	Чрезвычайный стресс, социально-стрессовые травмы, стресс-аккультурации
Реакция	Депрессивная	Агрессивная	Зависимая
Состояние по К. Хорни	«От людей»	«Против людей»	«К людям»
Развитие	Адаптация у людей молодого возраста. Ипохондрическое, психосоматическое, тревожно-депрессивное у пожилых	Торпидное, зависимое, активно-социальное, эволюционное, тревожно-депрессивное	Идеализация/диссоциация/агрессия (негативизм: обида, вина, обвинение), зависимость, хронические нарушения
Плато	Обсессивное, психосоматическое и пропатологическое, психоорганика (ПО)	Расстройства поведения, психосоматические и аддикции, психопатоподобные состояния	Фобическое, зависимое, психопатическое, ипохондрическое
Исход	Адаптация или хронические ССР, в исходе психоорганика	Личностные и невротические хронические ССР. Хронические состояния $\approx 13\%$ , субкомпенсация – 26%	Хронизация состояния с формированием патохарактерологического развития, часто – зависимость, адаптация
Социальная ситуация	Распад группы и новые структуры, обретение качественно новых свойств или реликт	Развитие тенденции (групповое намерение у пациентов), выпадение (порядка 20–25%)	Выпадение (маргинум) или обретение качественно новых свойств (аккультурация, социальный сдвиг)
Экзистенция	Развивающаяся, «поведенческая ломка» (кризис идентичности)	Стагнация при недостаточной разборчивости, кризис социальности	Активная при склонности многих к пассивности (усталость от трудностей), кризис идентичности

нами групп, носит экстранозологический характер вследствие многоуровневого поражения системы «индивидуум – среда». Это состояние можно определить как синдром (социальное патогенное «стечение признаков») динамического ответа на макросоциальные воздействия и влияния. Многомерность оценки позволяет наблюдать важные расхождения в группировках

показателей. В каждой группе выделяются свои звенья ослабления функции и организации, обнаруживаются терапевтические возможности и ресурсы (табл. 3).

*Выявленные взаимосвязи в отношениях «тревога – осознание бытия – активное воображение»:* терапевтическая динамика и результаты тестов PIL (смыслоразностных ориентаций),

Таблица 4

Психологические параметры и психотерапевтические мишени в 1-й группе (шахтеры)

Мишень	Характеристика
Конфликт и стратегия реагирования	Преимущественно защитное реагирование: тревожно-депрессивное, obsессивное, паранойяльное и психосоматическое. Конфликт: подавленное «Я» (субъективно – наказанное: финансово, социальное, мировоззренчески) социумом, что повлекло за собой срыв биопсихосоциальной адаптации и болезненную актуализацию экзистенциальных данностей. Деструктивное противопоставление личности – социум (который остался в прошлом – ретрофлексия широко представлена в группе)
Фигура	Ведущие эмоции – гнев, обида, подавленность
Фон	Социокультурная огуленность: потеря социально престижной, в том числе и в силу несомненного элемента ежедневного героизма с развитием устойчивости к тяжелым физическим и хронобиологическим факторам, хорошо оплачиваемой работы, наложившаяся на социальный вакуум и хаос второй половины 1990-х годов. Это вызвало реакцию, которая нередко сохранялась, трансформируясь в состояние, особенно у пациентов старше 50 лет, социальной дезориентированности с недоверием / агрессией / аномией к социальным и особенно – государственным институтам. Дефицитарный круг, являющийся основанием патологического круга восприятия – реагирования. Потребность: а) в ресурсе; б) экзистенциальная; в) идентификационная. Темы идентификации и экзистенции сообщаются [10, 14]: осознание себя невозможно вне осознания своего бытия, в возрасте 10–14 лет осознание «Я» в контексте «другого» определяет как аутоидентификацию «Я» (ответы на вопросы: Кто я? Зачем я? Кем хочу быть и что делать?), так и обращение к ценностям (социокультурным, с формированием индивидуальных) и вопросам человеческого и индивидуального бытия (т.е. экзистенциалам: одиночество, свобода, смерть, смысл, etc.); в кризисные периоды (биологические – возрастные, эмоциональные – утрата близкого, психосоциальные – стрессовые и др.) – это вопрошание актуализируется – и могут быть разделены лишь условно, при этом в группе исследования первичное обращение к экзистенции и разрешение фрустрированности делало возможным инициацию и развитие процессов идентификации. Обращение и раскрытие этой индивидуальной «сообщенности» конкретно проявлено в жизни и поведении: новые конструктивные опыты, более конструктивная (и подвижная) система отношений, повышение качества жизни
Резервы	Творческое разрешение «привычно» неразрешимых задач: выработан неконструктивный копинг с ограничением осознания (вплоть до неспособности к постановке задач, как части антиципации – сниженное / отсутствие прогнозирования), но через обращение к осознанию своего бытия (после коррекции тревожно-депрессивных нарушений) раскрывается личностный креативный потенциал (последовательного, сенсорного – 1) как качество сбора информации личности по Юнгу и 2) практического – характера. Семейные отношения, поиск, обретение и реализация в новой профессиональной сфере. Основательная практичность
Тень	Составляющие: а) вытесненная аутоагрессия, преобладающая над гетероагрессией, проявляющаяся в психосоматических расстройствах, саморазрушительном поведении (зависимость), паранойяльных расстройствах; б) ранимость, обидчивость, неудовлетворенность системой отношений; в) повышенная критичность, негативизм: помимо осознанного и личностно оправданного протеста (агрессии), вытесненный негативизм (отрицание) своего «Я» с компенсаторной избыточной защитой слабого эго в виде ипохондрии, рентности, роли больного / жертвы; г) плохо осознаваемые деструктивные защитные механизмы
Защитный механизм (ЗМ) и копинг	Отрицание, вытеснение, нетерапевтическое отреагирование, рационализация, уход в болезнь, проекция, ретрофлексия. Ведущий ЗМ по К. Хорни [15]: «от людей». Копинг по Э. Хайм [4]: дезадаптивный в эмоциональной и поведенческой сферах. Копинг Δ (разница адаптивного и дезадаптивного когнитивно-аффективно-бихевиориальных индексов) = – 8,8
Аддиктивность	Общая аддиктивность – 38 %. Токсические аддикции – 29,7 %
Динамический портрет	Динамический портрет <i>circulus vitiosus</i> шахтеров, описывающий преемственность: преморбид («почва») – потребность – травма – реакция – развитие – плато – исход – социальная ситуация – экзистенция, представлен в табл. 3
Антропостратегия	Хронобиологическая стратегия осуществления личности (антропостратегия) [10]: развитие – 24 %, плодотворность – 11 %, зависимость – 4 %, дефицитарность – 61 %. Групповой коэффициент k (ЛХ) = 220
Мотивация и психотерапевтический альянс	Компенсаторная / ресурсная – 65,3 %; работа с конфликтом – 25,7 %; интегративная – 9 %. Коэффициент групповой мотивации: k = 1437 (наиболее высокий межгрупповой показатель)

POI (самоактуализации), Спилбергера (тревожности) отражают аспекты экзистенциальной «востребованности и вовлеченности» в группах в их связи с тревожностью: высокая экзистенциальная активность, направленная к смыслообразованию (по мере коррекции тревожно-депрессивных нарушений) или инволюция у шахтеров; витальная или травматическая у мигрантов; групповая, поисковая или трансформирующаяся у полицейских.

6. Дифференциация состояния пациентов в группах, на основании 8 динамических клинико-антропологических критериев и сопутствующих им методов исследования, отражена в 10 психотерапевтических параметрах и мишенях, определяющих лечебную стратегию и тактику (табл. 4–6). Они являются конкретными выразителями предпосылок, процесса и исхода терапевтических изменений, вписанных в общую жизненную историю развития индивидуума. Начиная с более простых, основанных на количественных данных, и заканчивая наиболее сложными, имеющими качественный характер, эти мишени имеют следующую представленность:

- 1) интра- и интерперсональный конфликт и стратегия реагирования в ситуации макросоциального стрессового воздействия;
- 2) личностный фон (актуальное когнитивно-аффективное состояние);
- 3) фигура (актуальная потребность, цель, модель поведения или действия);

4) резервы (ресурсы биологические, личностные, социальные, сезонные и др.);

5) тень (вытесняемые, отвергаемые, неприемлемые аспекты опыта и личности в целом);

6) защитные и копинг-механизмы;

7) аддиктивность в широком контексте и токсическая;

8) формирование, развитие, стабилизация и разрешение *circulus vitiosus* патологии;

9) хронобиологическая стратегия осуществления личности (антропостратегия): развитие, плодотворность, зависимость, дефицитарность;

10) мотивация и психотерапевтический альянс.

Они имеют решающее значение в выборе терапии – биологической, психотерапевтической, социальной; ее длительности, процессе и исходе.

7. Обсуждение результатов. Наиболее выраженная психопатология наблюдалась в 1-й группе (безработные шахтеры) –  $k_{p1} = 296,7$ . Прежде всего, это связано с широкой представленностью психоорганических (34,3 %) и личностных (19 %) расстройств; дополнительное значение имел возрастной фактор, вносящий вклад в снижение адаптивных возможностей на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Указанное обосновывало значимость симптоматической помощи, которая в нашей работе побуждала обращаться, помимо экзис-

Таблица 5

Психологические параметры и психотерапевтические мишени во 2-й группе (сотрудники полиции)

Мишень	Характеристика
Конфликт и стратегия реагирования	Реагирование: стеническое, активное, целью энергичных действий при этом являются комфорт и обеспеченность, подспудно – поиск независимости. Вынужденная конформность
Фигура	Точная, сенсорная, целеустремленная, стеничная, напряженная, агрессивная
Фон	Сомнение – догма – экспансивность. Потребность. В эмоциональной вовлеченности с противоречивым стремлением к независимости. Социальная (в уважении группы, финансовая, властная)
Резервы	Тонкая, интимная эмоциональность, чувственная раскованность. Потребность в эмоциональной вовлеченности
Тень	Потребность в любви, уважении и эмоциональном комфорте. Процессы индивидуации, личностного развития. Тревожность, страхи
Защитный механизм, копинг	Вытеснение, рационализация, реактивные образования. Преобладающий групповой защитный механизм по К. Хорни: «против людей». Копинг: активный, адаптивный. Копинг Δ (разница САВ индексов) + 38,3 (самая адаптированная группа – единственная, в которой наблюдается общий конструктивный копинг)
Аддиктивность	Аддиктивность – 23,5 %. Токсические аддикции – 16,5 %
Динамический портрет	Эмоциональный порочный круг: потребность в независимости – сомнение – догма – экспансивность – недоверие – неудовлетворенность – потребность в независимости. Клинический <i>circulus vitiosus</i> сотрудников полиции представлен в табл. 3
Антропостратегия	Развитие – 12 %, плодотворность – 3,5 %, зависимость – 28 %, дефицитарность – 56,5 %. Групповой коэффициент $k$ (ЛХ) = 178 (самый низкий межгрупповой показатель)
Мотивация и психотерапевтический альянс	Мотивация и психотерапевтический альянс: компенсаторная/ресурсная – 78 %; работа с конфликтом – 18,5 %; интегративная – 3,5 %. Коэффициент групповой мотивации: $k = 1255$ (самый низкий межгрупповой показатель)

Таблица 6

Психологические параметры и психотерапевтические мишени в 3-й группе (мигранты)

Мишень	Характеристика
Конфликт и стратегия реагирования	Зависимость; психосоматическое, конверсионное реагирование. Конфликт: а) истощение (внутреннее) – повышенная активность (внешняя); б) иллюзорные защиты, противопоставленные жесткой, отчужденной, непонятной реальности; в) преимущественная аутоагрессия и гетероагрессия – социально одобряемая persona (положительная социальная маска); г) вынужденное «авторство» в противовес внутреннему желанию избежать ответственности, сложить ее тягостный груз на чужие плечи, что определяет высокую зависимость в группе
Фигура	Составляющие: а) агрессивная активность; б) иллюзия, надежда, фантастичность ожиданий; в) зависимости и/или телесная истощенность с формированием психосоматических расстройств
Фон	Социокультурная дезориентация. Травматические опыты в прошлом и ситуация социального отчуждения в настоящем, определяющие тревожно-депрессивную основу функционирования. Потребность в ресурсе и социальной поддержке
Резервы	Гибкость, желание общности, семейные / традиционные ценности; все эти составляющие сильно страдают (не используются) от часто наблюдаемого в группе недоверия
Тень	Составляющие: а) вытесненная аутоагрессия, преобладающая над гетероагрессией, проявляющаяся в психосоматических расстройствах, саморазрушительном поведении (зависимость), недоверии другим и окружающему миру, психотически (2 человека); б) ранимость, обидчивость, неудовлетворенность системой отношений; в) плохо осознаваемые деструктивные защитные механизмы
Защитный механизм, копинг	Отрицание, вытеснение, нетерапевтическое отреагирование, проекция, ретрофлексия. Ведущий защитный механизм в группе по К. Хорни: «к людям». Копинг: иррациональный, фундаментально диссертивный. Дезадаптивный в когнитивной и эмоциональной сферах. Копинг Δ (разница САВ-индексов) = – 13 (самые высокие межгрупповые показатели дезадаптации и дезадаптивного совладания со стрессом)
Аддиктивность	Аддиктивность – 76 %. Токсические аддикции – 51 %
Динамический портрет	См. табл. 3, отражающую составляющие патологического круга при расстройствах адаптации макросоциального генеза
Антропостратегия	Развитие – 25 %, плодотворность – 4 %, зависимость – 43 %, дефицитарность – 28 %. Групповой коэффициент к (ЛХ) = 234 (самый высокий межгрупповой показатель)
Мотивация и психотерапевтический альянс	Мотивация и психотерапевтический альянс: компенсаторная / ресурсная – 65 %; работа с конфликтом – 31%; интегративная – 4%. Коэффициент групповой мотивации: k = 1390 (средний межгрупповой показатель)

тенциального подхода, к символдраматическим и эриксоновским техникам на фоне мягкой биологической коррекции. Коэффициент психопатологии (приближенный к 300) свидетельствует о преобладании хронических, устойчивых патологических состояний в этой группе. Что же касается невротического регистра нарушений, то их выраженность, по сравнению с группами полицейских и мигрантов, ниже ( $k_{n1} = 102,3$ ) и имеет экзистенциальное содержание конфликта, прежде всего экзистенциальную фрустрацию, которая эффективно корректируется имажинативной работой в экзистенциальном ключе. В то же время, при изолированной оценке РАМГ их выраженность превышает таковую во 2-й группе, приближаясь к показателям в 3-й группе ( $k_{d1} = 219,3$ ), что обусловлено преобладанием невротических состояний (65 %) и развитий (27,1 %) в группе. Синдромологически диагностированы: тревожно-депрессивный (32,5 %), панический (24,8 %), астенический (13,7 %), аддитивный (12,0 %) симптомокомплексы. Стереотипически явно преобладал аномический вариант переработки (74,4 %).

Общая психопатология во 2-й группе (работники полиции) была наименее выраженной –

$k_{p2} = 211,0$ . Так же, как и в 3-й группе, у сотрудников полиции преобладали нарушения невротического регистра ( $k_{n2} = 161$ ) – неврозы (37,3 %), ПТСР (16,5 %), ССР (14,3 %), психосоматические расстройства (8 % – в качестве ведущего и 13,5 % – в качестве сопутствующего диагноза, совокупно – 21,5 %), токсические и эмоционально-информационные зависимости (совокупные показатели основного и сопутствующего нарушения – 16,5 и 7 % соответственно). Однако их выраженность и глубина были меньшими, чем в двух других группах, как в нозологическом (в структуре невротических нарушений 83,2 % приходилось на неврастение, которая традиционно рассматривается в качестве основания психопатологической иерархии), так и в динамическом (преобладание реакций – 37,6 % и состояний – 39,7 % над развитиями – 22,7 %) аспектах, что и подтверждается самыми низкими межгрупповыми показателями изолированной оценки ( $n = 569$  человек – 100 %) выраженности РАМГ ( $k_{d2} = 185,1$ ). Средоточием невротического конфликта являлись связанные одной осью оппозиции: «замкнутость и недоверие – потребность в эмоциональной вовлеченности», «агрессия – конформизм»

и «стремление к независимости – снижения уровня личной ответственности в групповом намерении». В терапии указанное обосновывало, помимо базисной симптоматической и ресурсной помощи, использование в качестве ведущих психодинамического и межличностного/ семейного подходов. Синдромологически наблюдались: астенический (46,7 %), дисфорический (13,6 %), истероформный (9,6 %) варианты. Стереотипически ведущими были диагностированы: аномический (55,9 %) и диссоциальный (40,1 %) типы.

Выраженность патологии в 3-й группе (мигранты) –  $k_{p3} = 265,0$  обусловлена ПАМГ на стадиях состояния (54,3 %) и развития (42,0 %). Это подтверждается и наиболее высокими межгрупповыми показателями невротичности ( $k_{n3} = 193$ ) и изолированной оценкой ПАМГ ( $k_{d3} = 238,3$ ). Полученные данные согласуются с множественной психосоциальной травматизацией, превышающей влияние на другие группы и включающей в себя экстремальные стрессы, стресс аккультурации, длительную социально-психологическую фрустрацию. При этом невротический конфликт, в отличие от 1-й группы (с актуальной экзистенциальной фрустрацией) и 2-й группы (с актуальной интрапсихической конфликтностью «агрессия – конформизм» и групповой зависимостью), базировался на недоверии к миру и людям, и отсутствии безопасности и стабильности, т.е. первичных потребностях личности; тревога менее касалась процессов индивидуации (невротический уровень) и независимости (borderline), сколько страха уничтожения (традиционно рассматриваемая как психотическая), что также отражалось на глубине и тяжести расстройств адаптации. Это обуславливало, прежде всего, насыщение базисных эмоциональных потребностей и включение ресурса (симптоматическая помощь), затем – снижение ретрофлексии, повышение осознания настоящего и прогнозирование будущего (когнитивная, динамическая и личностно-центрированная терапия), и лишь после обращение к травме, теме смерти и индивидуальной ответственности (экзистенциальный подход). Ведущими синдромами являлись: тревожно-депрессивный (22,2 %), панический (20,4 %), истероформный (14,8 %), соматоформный (13 %). Ведущим типом переработки макросоциального стресса являлся магифренический (40,7 %) с преобладанием пралогических образований и защит [12]. Помимо расстройств невротического регистра – ССР (36 %), ПТСР (18 %), психосоматозы (25 %), токсические и эмоционально-информационные зависимости (в качестве

основного и сопутствующего диагноза 51 и 25 % соответственно) в исследовании – это единственная группа, в которой диагностировались нарушения психотического уровня.

### Заключение

Указанные клинические данные составили основу исследования, системы психотерапевтических мероприятий и курса медико-социальной реабилитации в целом. Они отражают сложность и полиморфизм рассматриваемых нарушений и обосновывают интегративный подход при лечении расстройств адаптации макросоциального генеза.

Полученные результаты в группах исследования обусловили использование интегративной системы психотерапии, определяя ее специфическое направление: у шахтеров ведущей была экзистенциальная тематика и актуальна имажинативная работа; у полицейских преобладали информационный, ресурсный и саморегуляционный запросы, актуально разрешение конфликта «индивидуальная ответственность – групповое намерение»; у мигрантов ведущим было насыщение архаических потребностей, прежде всего оральных [как это трактуется в психодинамическом направлении и у «культуралистов» (Э. Фромм, К. Хорни, Г.С. Салливан, Э.Г. Эриксон) [14, 15, 19]: в любви, заботе, эмоциональном принятии, ощущении ценности со стороны значимых других, со склонностью к зависимости], что определяло значимость и ведущую роль имажинативной работы, большое значение имела тренинговая составляющая – асертивности, эффективных отношений, также: преодоление разрыва идеальное – реальное, с переключением внимания на обстоятельства и возможности настоящего в контексте значимых жизненных целей, социотерапия и семейная терапия.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Глазами психиатра. – 5-е изд. – М., 2009. – 408 с.
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия // Психиатрия : нац. руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.]. – М., 2011. – С. 134–169.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 255 с.
4. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. [и др.]. Исследование копинг-поведения по методике Е. Нейм : метод. пособие / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1995. – 22 с.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб., 2002. – 1024 с.
6. Карвасарский Б.Д. Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях // Неврозы в современном мире:

новые концепции и подходы к терапии. – СПб., 2011. – С. 6–9.

7. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма : руководство для врачей. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.

8. Назыров Р.К. О клинической психотерапии неврозов // Неврозы в современном мире: новые концепции и подходы к терапии. – СПб., 2011. – С. 134–138.

9. Положий Б.С. Психическое здоровье и социальное состояние общества // Очерки социальной психиатрии. – М., 1998. – С. 43–73.

10. Потопов О.В. Клинико-антропологическая модель в социальной психиатрии, психотерапии, психологическом консультировании. Основные положения, исследования и применение. – Lambert : Academic Publishing, 2012. – 404 с.

11. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М., 2009. – 544 с.

12. Семке В.Я., Гуткевич Е.В., Иванова С.А. Психосоциальные и биологические факторы психиче-

ской дезадаптации (на модели невротических расстройств). – Томск, 2008. – 204 с.

13. Сперанский А. Д. Избранные труды. – М. : Госмедиздат, 1955. – 580 с.

14. Erikson E.H. Identity and the life cycle. – New York, 1979. – 191 p.

15. Horney K. Our Inner Conflicts. – New York : Norton, 1944. – 90 p.

16. Horowitz M.J. Stress response syndromes and their treatment // Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects / L. Goldberger, S. Breznitz. – New York : Free Press, 1982. – P. 711–732.

17. Lazarus R.S., Launier R. Stress-related transactions between person and environment // Perspectives in interactional psychology / Eds.: L.A. Pervin, M. Levis. – New York, 1978. – P. 287–327.

18. Prochaska J.O., Norcross J.C. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. – 7th ed. – Belmont : Brooks/Cole. 2010. – 398 p.

19. Sullivan H.S. The Interpersonal Theory of Psychiatry. – New York, 1953. – 498 p.

Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014. N 3. P. 17–26.

**Potapov O.V., Ulyanov I.G.** Kliniko-epidemiologicheskie i patogeneticheskie harakteristiki psikhicheskikh rasstroystv makrosotsialnogo geneza [Clinico-epidemiological and pathogenetic features of mental disorders with macrosocial genesis]

Pacific State Medical University (Russia, 690002, Vladivostok, Ostryakov Str., 2)

Potapov Oleg Vladimirovich – PhD Med. Sci., Assistant Prof. of psychiatry Pacific state Medical University (Russia, 690002, Vladivostok, Ostryakov street, 2). e-mail: oleglh9@gmail.com;

Ulyanov Ilya Gennadevich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the department of psychiatry Pacific state Medical University (Russia, 690002, Vladivostok, Ostryakov str., 2); e-mail: ulynov@mail.primorye.ru

Results of clinical and anthropological study of three groups of patients with mental disorders of macrosocial genesis are provided: unemployed miners (n = 300) aged (48.6 ± 8.8) years, combatants (n = 400) aged (29.5 ± 6.7) years and migrants (n = 100) aged (43.7 ± 11.8) years. Epidemiological, dynamic, syndromological, stereotypic, pathogenetic, psychotherapeutic and features of mental disorders of macrosocial genesis are described. By groups, ten psychotherapeutic target parameters are provided, which were the base for the course of medical and social rehabilitation and psychotherapy of patients in general.

Keywords: emergencies, extreme psychology, clinical psychology, clinical and anthropological model, unemployed, combatants, migrants, macrosocial process, pathogenesis, psychotherapeutic targets.

#### References

1. Aleksandrovskii Yu.A. Glazami psikhiatra [Through the eyes of a psychiatrist]. Moskva. 2009. 408 p. (In Russ.)
2. Dmitrieva T.B., Polozhii B.S. Sotsial'naya psikhiatriya [Social Psychiatry]. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Eds.: T.B. Dmitrieva [et al.]. Moskva. 2011. P. 134–169. (In Russ.)
3. Kabanov M.M. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i sotsial'naya psikhiatriya [Psychosocial rehabilitation and social psychiatry]. Sankt-Peterburg. 1998. 255 p. (In Russ.)
4. Karvasarskii B.D., Ababkov V.A., Vasil'eva A.V. [et al.]. Issledovanie koping-povedeniya po metodike E. Heim [The study of coping behavior using E. Heim method]. Sankt-Peterburg. 1995. 22 p. (In Russ.)
5. Karvasarskii B.D. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Sankt-Peterburg. 2002. 1024 p. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Nevroticheskie i nevrozopodobnye rasstroistva: opyt mul'tidistsiplinarnogo issledovaniya v klinicheskikh i terapevticheskikh tselyakh [Neurotic and neurosis-like disorders: a multidisciplinary experience for clinical and therapeutic purposes]. *Nevrozy v sovremennom mire: novye kontseptsii i podkhody k terapii* [Neuroses in the modern world: new concepts and approaches to therapy]. Sankt-Peterburg. 2011. P. 6–9. (In Russ.)
7. Litvintsev S.V., Snedkov E.V., Reznik A.M. Boevaya psikhicheskaya travma [Combat trauma: a guide for physicians]. Moskva. 2005. 432 p. (In Russ.)
8. Nazyrov R.K. O klinicheskoi psikhoterapii nevrozov. *Nevrozy v sovremennom mire: novye kontseptsii i podkhody k terapii* [Neuroses in the modern world: new concepts and approaches to therapy]. Sankt-Peterburg. 2011. P. 134–138. (In Russ.)
9. Polozhii B.S. Psikhicheskoe zdorov'e i sotsial'noe sostoyanie obshchestva [Mental health and social state of society]. *Ocherki sotsial'noi psikhiatrii* [Essays of Social Psychiatry]. Moskva. 1998. P. 43–73. (In Russ.)

10. Potapov O.V. Kliniko-antropologicheskaya model' v sotsial'noi psikhiiatrii, psikhoterapii, psikhologicheskom konsul'tirovanii. Osnovnye polozeniya, issledovaniya i primenenie [Clinico-anthropological model in social psychiatry, psychotherapy, psychological counseling. Key provisions, research and application]. Lambert : Academic Publishing, 2012. 404 p. (In Russ.)

11. Rukovodstvo po sotsial'noi psikhiiatrii [Guidance on social psychiatry]. Eds.: T.B. Dmitrieva, B.S. Polozhii. Moskva. 2009. 544 p. (In Russ.)

12. Semke V.Ya., Gutkevich E.V., Ivanova S.A. Psikhosotsial'nye i biologicheskie faktory psikhicheskoi dezadaptatsii (na modeli nevroticheskikh rasstroistv) [Psychosocial and biological factors of psychological maladjustment (on the model of neurotic disorders)]. Tomsk. 2008. 204 p. (In Russ.)

13. Speranskii A.D. Izbrannye trudy [Selected Works]. Moskva. 1955. 580 p. (In Russ.)

14. Erikson E.H. Identity and the life cycle. New York. 1979. 191 p.

15. Horney K. Our Inner Conflicts. New York : Norton. 1944. 90 p.

16. Horowitz M.J. Stress response syndromes and their treatment. Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. L. Goldberger, S. Breznitz. New York : Free Press. 1982. P. 711–732.

17. Lazarus R.S., Launier R. Stress-related transactions between person and environment. Perspectives in interactional psychology. Eds.: L.A. Pervin, M. Levis. New York. 1978. P. 287–327.

18. Prochaska J.O., Norcross J.C. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. 7th ed. Belmont : Brooks/Cole. 2010. 398 p.

19. Sallivan H.S. The Interpersonal Theory of Psychiatry. New York. 1953. 498 p.

Received 14.05.2014

Глубокоуважаемые коллеги!



Приглашаем Вас принять участие в работе IX Всеармейской научно-практической конференции с международным участием **«Баротерапия в комплексном лечении и реабилитации раненых, больных и поражённых»**, которая будет проводиться 28–29 мая 2015 г. по адресу: Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Большой Сампсониевский пр., д. 1, клуб.

На конференции предполагается рассмотреть теоретические и прикладные вопросы гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении раненых, больных и поражённых; проблему реабилитации человека со сниженной работоспособностью различными видами и методами баротерапии; теоретические и практические положения гипербарической физиологии и водолазной медицины:

- гипербаротерапия: лечебная компрессия, лечебная рекомпрессия при специфических профессиональных заболеваниях водолазов, аэробаротерапия, оксигенобаротерапия, нормоксическая гипербаротерапия. ГБО как средство повышения работоспособности, лечения и реабилитации пациентов с различной патологией;

- нормобарическая баротерапия: оксигенотерапия, карбогенотерапия, оксигеногелиотерапия, интервальная гипоксическая терапия. Использование дыхательных смесей с различным парциальным давлением газов;

- гипобаротерапия: общая – непрерывная, периодическая; локальная – периодическая вакуумдекомпрессия, импульсная;

- диагностика, лечение и профилактика специфической профессиональной патологии лиц, пребывающих в условиях повышенного давления газовой и водной среды. Определение индивидуальной устойчивости водолазов к факторам гипербарии (декомпрессионное газообразование, токсическое действие высоких парциальных давлений азота и кислорода);

- меры безопасности при проведении сеансов баротерапии.

В рамках конференции будет организована выставка современных образцов медицинского и водолазного оборудования.

О формах и условиях участия в конференции, порядке оформления тезисов можно уточнить в организационном комитете: ООО «Ком-Форум», тел/факс 8-812-310-11-97, e-mail: info@baltika21.ru, it-med@inbox.ru. Сайт: www.baltika21.ru. Кроме того, по интересующим вопросам Вы можете обратиться на кафедру физиологии подводного плавания Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова к членам организационного комитета: Андрусенко Андрею Николаевичу [тел. (812) 495-72-43; 8-904-636-44-36; e-mail: an.a.an@mail.ru] и Шитову Арсению Юрьевичу [тел. (812) 495-72-87; 8-911-707-87-80; e-mail: arseniyshitov@mail.ru].