На правах рукописи

ОШАЕВ Сергей Александрович

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И СОВЛАДАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПЕРЕЖИВШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ

Специальность 19.00.04. – «Медицинская психология»

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Томск – 2004

Работа выполнена в ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН

Научный руководитель: кандидат психологических наук, с.н.с. Стоянова Ирина Яковлевна

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор Богомаз Сергей Александрович

кандидат психологических наук, доцент Мучник Марина Моисеевна

Ведущая организация: Алтайский государственный университет

Защита диссертации состоится «25» марта 2004 года в 10^{00} часов на заседании диссертационного совета Д 212.267.16 в Томском государственном университете по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Томского государственного университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 34а).

Автореферат разослан «___» февраля 2004 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент Т.Г. Бохан

Общая характеристика работы

Состояние вопроса и актуальность исследования. В последние годы мир захлестнула волна терроризма. Помимо этого отмечается рост локальных военных конфликтов и техногенных катастроф. Проблема изучения психогений, возникающих и формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций, приобретает особо важное значение, на что указывают многие авторы (Семке В.Я., Положий Б.С., 1990; Александровский Ю.А., 1996, 2001; Епанчинцева Е.М., 2001; Тарабрина Н.В., 2001; Сосновский Б.А., 2001; Агарков В.А., 2001; Bleich A, et. al., 2003). Психогенные ситуации характеризуются экстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого, в крайнем своем проявлении, выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР).

Клинические критерии ПТСР описаны при изучении «поствьетнамского синдрома» и представлены в работах зарубежных авторов (Shatan C.F., 1972; Horowitz M.J., Wilner N., 1980, 1987; Friedman M.I., 1981; Schnyder U., 1996; Orner R.J. et al., 1993; Ehler U., et al., 1999). В отечественной литературе они представлены при исследовании «афганского» и «чеченского» синдромов (Александровский Ю.А., 1993; Литвинцев С.В., 1994, 2001; Снедков Е.В., 1997, 1998; Демченкова Г.З., 1998; Сидоров П.И., 1999; Комаревцев В.Н., 2000).

В основе посттравматических стрессовых расстройств лежит психическая травма, определяемая как «экстраординарное событие» для конкретной личности, способная вызвать тяжелый психический стресс и сопровождаться негативным спектром эмоций (интенсивным страхом, чувством беспомощности или ужасом и др.) (Тарабрина Н.В., 2001).

В настоящее время остаются недостаточно изученными психологическое содержание психотравмирующих ситуаций, а также воздействие психической травмы на личность. Это относится к индивидуальным способам переживания травмы и особенностям психологической защиты и совладания.

Цель исследования – изучение взаимосвязей и особенностей психологической защиты и стилей совладания у больных с пограничными расстройствами, переживших различные травматические события.

Объектом исследования являются особенностей психологической защиты и совладания у больных с пограничными расстройствами.

Предметом исследования являются взаимосвязи между особенностями психологических защит, совладания и травматическим событием, пережитым личностью.

Гипотеза исследования – у пациентов с пограничными нарушениями особенности личности и травматического события обуславливают специфику переживания травмы, а также психологических защит и совладания.

В соответствии с поставленной целью определены следующие **задачи**:

1. Изучить особенности психологической защиты и стилей совладания у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами, с органическими эмоционально-лабильными расстройствами и у больных с невротическими и личностными расстройствами.

2. Проанализировать взаимосвязи между психологическими и клиническими характеристиками пациентов, переживших различные травматические события.

3. Провести анализ взаимосвязей психологических защит и совладания у пациентов с пограничными расстройствами, с учетом характера травматического события.

4. Разработать комплексную модель личностного реагирования на травму с учетом нозологии, психологических защит и стилей совладания в процессе адаптации.

Методологической основой исследования стали положения естественно-научного подхода и клинической психологии с применением структурно-уровневого подхода, предложенного М.С. Роговиным (1979, 1988), Г.В. Залевским (1976, 1988). А также представления о донозологических и пограничных нарушениях В.Я. Семке (1988, 1999) и о системных механизмах адаптации Ю.А. Александровского (1993).

Методологическим подходом к пониманию внутреннего конфликта и внутренней картины болезни (ВКБ) являются положения психологии отношений В.Н. Мясищева (1960, 1995) и психологии переживаний Ф.Е. Василюка (1984).

Понимание психологических защит и совладания рассматриваются в рамках концепций Ф.Б. Березина (1988), В.А. Ташлыкова (1992, 1997), Л.И. Анцыферовой (1994). Психологические защиты – это механизмы адаптивной перестройки восприятия и оценки. Исходя из концепций данных авторов, можно выделить ряд положений:

1. в интересах успешной адаптации и сохранения здоровья психологические защиты направлены на снижение (редукцию) тревоги и эмоциональной напряженности, возникающих в следствии интрапсихического конфликта;

2. психологические защиты являются нормальным, филогенетически выработанным, реагированием на информационный фактор, но в онтогенезе может иметь место нерациональность (неадекватность, неэффективность) их применения, что увеличивает риск развития патологии;

3. психологические защиты в основном действуют на бессознательном уровне, а механизмы совладания преимущественно на осознаваемом.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: беседа и наблюдение с целью оценки готовности пациентов к сотрудничеству и их актуального состояния на момент обследования; психологической диагностики; методы математической статистики (коэффициент корреляции Пирсона, Т-критерий Стьюдента, Z-преобразование Фишера) и моделирования. В процессе психодиагностики применялись стандартизированные методики:

- «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R. el al., 1979), модифицированная Е.Б. Клубовой (1991, 1994). Опросник позволяет выявить восемь типов психологической защиты.
- Изучения копинг-поведения (E. Heim, 1988). Стандартизованный опросник включает три шкалы, которые содержат стратегии преодоления трудностей в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах. Виды копинг-поведения распределяются по группам с учетом степени их адаптивных

возможностей, включая адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные проявления.

- Стандартизованный симптоматический опросник Александровича (Карвасарский Б.Д., 1998), позволяющий получить количественные показатели выраженности нервно-психической патологии пограничного регистра с целью оценить субъективные переживания болезненного симптомокомплекса.

Обработка материала проводилась с помощью ПЭВМ Pentium 233 и пакета программ «Статистика».

Исследование проводилось в течение 4-х лет на базе клиник ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. За это время проведено экспериментально-психологическое исследование 109 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний. Кроме того, при наборе контрольной группы проводилось выборочное экспериментально-психологическое исследование сотрудников НИИ ПЗ, а также учащихся факультета психологии Томского государственного университета и факультета усовершенствования врачей при СГМУ, из всех обследованных создана контрольная группа в составе 85 человек (48 мужчин и 37 женщин), соответствующая половозрастным характеристикам пациентов основной группы.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Особенности переживания травматического события у пациентов с пограничными расстройствами обусловлены комплексом личностных проявлений и характером травмы.
2. При реакции на травму у больных с различными вариантами пограничных нарушений формируется специфический комплекс психологических защит и стилей совладания.
3. Процесс адаптации в посттравматический период у пациентов с различной нозологией взаимосвязан с используемыми психологическими защитами и совладанием.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. В результате исследования разработана комплексная интегративная модель влияния травмы на личность, учитывающая нозологические особенности, психологические защиты и стили совладания в процессе социальной адаптации лиц с пограничными нарушениями. Выделены различные варианты переработки интрапсихического конфликта с учетом характера травматического события у пациентов пограничного спектра. Впервые раскрыты общие закономерности формирования вариантов личностного реагирования на травму с учетом психологических защит и стилей совладания. Кроме того, обосновывается сравнительный анализ психологических защит и стратегий совладания, а также сочетание методов психодиагностики.

Практическая значимость результатов исследования определяется востребованностью психологической помощи пациентов с пограничными расстройствами, пережившими травму. В структуре практической работы с такими пациентами учитываются особенности реагирования, характер интрапсихического конфликта, психологические защиты и стили совладания.

Научная обоснованность и достоверность полученных результатов исследования обеспечивается теоретико-методологической проработанностью

проблемы, использованием апробированных методик сбора эмпирического материала, применением современных методов статистической обработки результатов.

Апробация и внедрение результатов исследования

Полученный опыт и результаты исследования были представлены и обсуждались на двух научно-клинических конференциях в ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. На юбилейной конференции, посвященной XX-летию НИИ ПЗ, было представлено сообщение «Особенности адаптации лиц, перенесших длительное стрессогенное воздействие». Материалы исследования были изложены в 10 статьях, а также в соавторстве опубликовано учебное пособие «Реабилитация людей, оказавшихся в экстремальных ситуациях (клинические, социально-психологические и психотерапевтические аспекты)».

Структура диссертации

Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Текст диссертации иллюстрирован 5 схемами, 17 рисунками и 31 таблицей.

Основное содержание работы

Во **введении** обосновывается актуальность изучения психогений, возникающих и формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций, а также особенности реагирования личности и способы переработки травмы, проявляющиеся в психологических защитах и совладании. Определяются цель и задачи исследования, его теоретико-методологические основания, отмечается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения выносимые на защиту.

В **первой главе «Механизмы психологической защиты и совладания в процессе адаптации личности, пережившей травматический стресс»** рассматриваются проблемы реакции личности на травматический стресс в зависимости от специфики травматического события, особенности процесса адаптации в посттравматический период.

В параграфе 1.1. **«Современные подходы к пониманию стресса и посттравматического стрессового расстройства»** рассматриваются позиции исследователей, а также специфичность понятий «стресс» и «посттравматический стресс».

При изучении адаптационного синдрома вводится понятие «эмоциональный стресс». Эти проявления по своему происхождению имеют социальную природу, и устойчивость к ним у разных людей различна. Стрессовые реакции возникают в ответ на психосоциальные трудности не столько как следствие последних, сколько как интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение (Everly G. S., Rosenfeld R., 1985; Селье Г., 1992, 2002).

Травматическое событие выступает в качестве основного стрессора при психической травме. Это экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких, которые нарушают чувство безопасности и вызывают переживание травматического стресса (Пуховский Н.Н., 2000; Тарабрина Н.В., 2001), что

становится причиной возникновения **посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).**

Некоторые исследования, посвященные проблеме травматического стресса, носят натуралистический, ретроспективный характер и могут быть отнесены к наблюдению. Так, S.E. Hobfoll (1988) изложил положения, основной идеей которых является наличие тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, заключающийся в консервации адаптационных ресурсов («притвориться мертвым»). Похожая точка зрения высказана H. Krystal (1978), который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», представляет собой основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия. Другими характеристиками, присущими экстремальной реакции на тотальный стресс, являются диссоциация и дезорганизация.

Исследовательские подходы при изучении стресса и травматического стресса включают в себя идеи гомеостаза, адаптации и «нормальности», а также – разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии. В качестве стрессоров может выступать исключительно сильное, но непродолжительное травматическое событие, угрожающее психической или физической целостности личности (природная или техногенная катастрофа, несчастный случай, участие в боевых действиях, преступное посягательство и т.д.), либо резкое изменение социального статуса или окружения (смерть близкого, потеря значительной части имущества и т.п.).

В параграфе 1.2. **«Стресс радиационной угрозы и его последствия»** рассматриваются особенности травматического стресса, характерные для ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. В перечень травматических входят также ситуации, когда личность находится (или находилась) под воздействием вредоносных для организма факторов (радиация, отравляющие вещества и т.д.) (Тарабрина Н.В., 2001). Отличительной особенностью такого рода травматических ситуаций является то, что человек не воспринимает угрозу такого воздействия непосредственно с помощью органов чувств.

Детерминирующая роль личностного восприятия и оценивания угрозы при возникновении этой формы травматического стресса исследовалась отечественными и зарубежными авторами в течение последнего десятилетия (Березин Ф.В., 1988; Vyner H.M., 1988; Краснов В.Н. с соавт., 1993; Collins D.L., de Carvalho A., 1993; Рудницкий В.А., 1997; Смирнов Ю.Н., Пескин А.В., 1992; Тарабрина Н.В., 1992, 1994, 2001; Рудой И.С., 2002).

Авторы отмечают, что после возвращения из Чернобыля ликвидаторы стали подвергаться действию вторичных стрессогенных факторов: «информационному», ухудшению здоровья, которое по механизму формирования постстрессовых состояний субъективно связывается с участием в дезактивационных работах; переживанию угрозы развития лучевой болезни, повышению тревожности в условиях производства в связи с переоценкой возможностей возникновения аварийных ситуаций и значения их последствий. Кроме того, возникали психологические семейные проблемы, связанные с деторождением (Тарабрина Н.В., 2001).

В параграфе 1.3. **«Социально-психологические характеристики лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами»** изучаются реакции личности на травматический стресс (Литвинцев С.В., 1994, 1999; Etinger L., Strom A., 1973). Исследователи выделяют в качестве типичных реакций навязчивые воспоминания и мысли о травме (Сидоров П.И. и др., 1999; Калшед Д., 2001; Лихи Р., Сэмпл Р., 2002). В литературе описывается феномен «ревиктимизации»: травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где они оказываются жертвами (Goodwin J., 1995). Повторное «отыгрывание» травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе. Исследования, проведенные в США (Rowan A.B. et. al., 1993; Briere J. et. al., 1993; Follette V.M. et. al., 1996), показали, что большинство преступников, совершивших серьезные преступления, в детстве пережили ситуацию физического или сексуального насилия. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на ее функционирование. Однако, семья, семейная стабильность выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на больного члена семьи (Авдеенок Л.Н., 1999; Епанчинцева Е.М., 2001; Смирнова Л.В., 2003).

В параграфе 1.4. **«Феномен диссоциации и его роль в структуре посттравматических расстройств»** рассматриваются психологические особенности диссоциации, как основного патогенетического механизма возникновения и развития ПТСР (Braun B.G., 1988; Калшед Д., 2001). Сторонники этой точки зрения (Waller K.G., Putnam F.W., 1996) считают все психические последствия травматического стресса диссоциативными по своей природе.

Анализ литературных источников показывает, что диссоциация играет важную роль в развитии психопатологии, связанной с травмой (Spiegel D., Cardena E., 1991; Marmar C.R. et. al., 1994; Tarabrina N. et. al., 1997).

В параграфе 1.5. **«Психологические и медицинские модели формирования посттравматических стрессовых расстройств»** рассматриваются существующие на данный момент теоретические модели формирования ПТСР, среди которых можно выделить: психодинамический (Калшед Д., 2001), когнитивный (Лихи Р., Сэмпл Р., 2002), психосоциальный (Идрисов К.А., 1999) и психобиологический подходы (Pitman R.K. с соавт., 1991; Лэнг Р., 1995), а также мультифакторную теорию ПТСР (Пуховский Н.Н., 2000; Maercker A., 1998).

Теорией, объясняющей, почему одни люди после переживания травматического стресса начинают страдать ПТСР, а другие – нет, можно считать этиологическую мультифакторную концепцию (Maercker A., 1998). В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР: связанные с травматическим событием, защитные и факторы риска.

По нашему представлению, мультифакторная концепция наиболее полно отражает всю совокупность факторов, участвующих в формировании реакции личности на травму. Необходимо отметить, что в рамках психодинамического подхода подробно описаны все процессы, происходящие внутри личности, пережившей травматическое событие. Вместе с тем, в когнитивных моделях

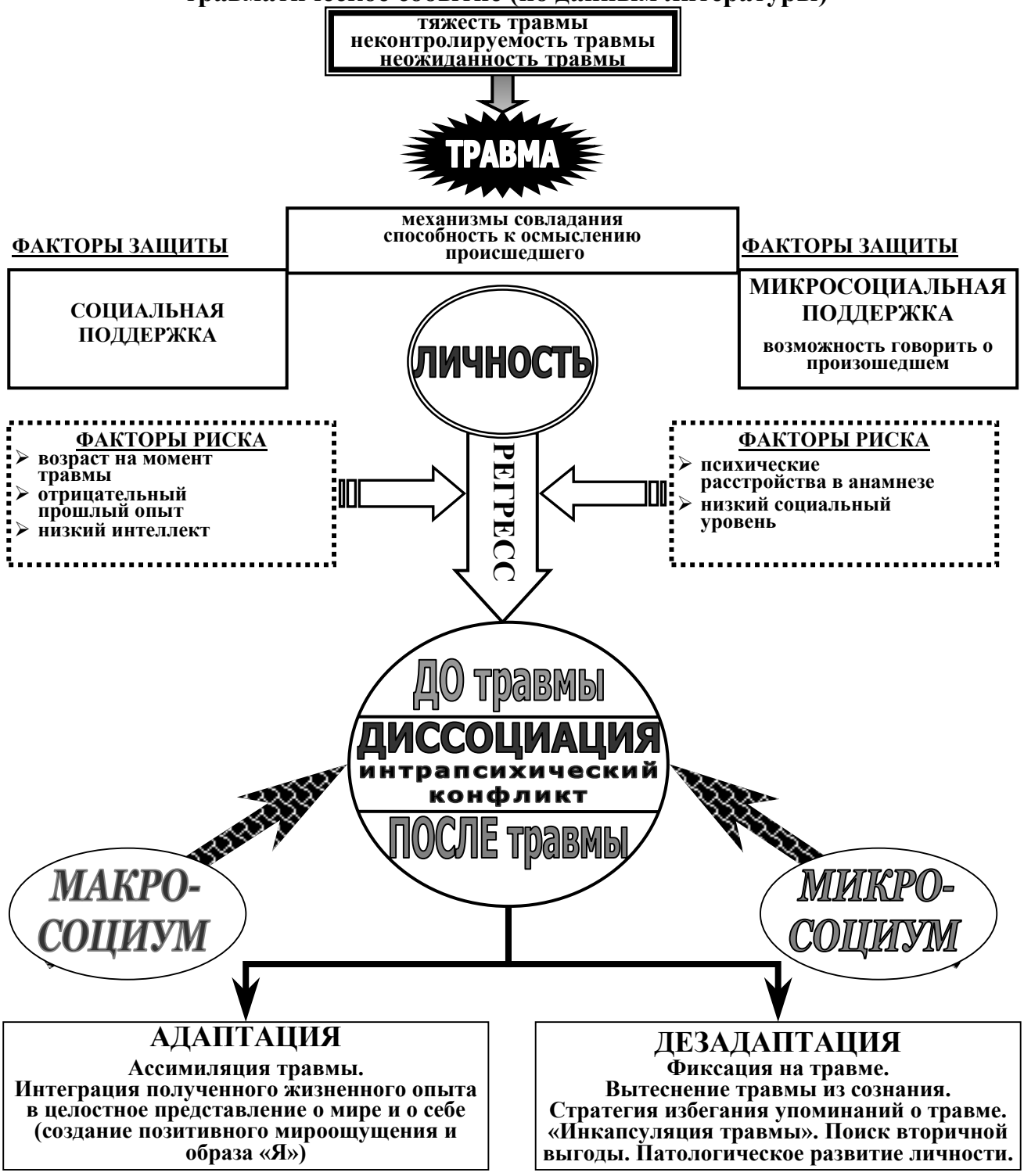
наряду с внутриличностными особенностями переживания травматического события индивидом, также рассматриваются способы его адаптации. Обобщенно представленные концепции, анализирующие влияние психической травмы на личность, проиллюстрированы следующей схемой (см. схема 1).

В параграфе 1.6. **«Роль психологической защиты и совладания в процессе адаптации»** рассматриваются представления отечественных и зарубежных исследователей о психологической защите и совладании в процессе адаптации.

По мнению Е.Ю. Коржевой (1997, 2000, 2001), своеобразным «срезом» адаптационного процесса, охватывающего весь жизненный путь от рождения до смерти, является внутренняя картина жизненного пути, которая характеризует качество жизни человека и его адаптационные возможности на разных уровнях. Внутренняя картина жизненного пути – целостный образ человеческого бытия. Это – ощущение, восприятие, переживание и оценка собственной жизни и, в конечном счете, отношение к ней. Адаптационный процесс включает в себя различные уровни человеческой жизнедеятельности, в том числе психологические защиты и совладание.

Особая роль в развитии теории психологической защиты принадлежит, Анне Фрейд (1895 – 1982). В своих работах (Freud A., 1927; Фрейд А., 1993) она описывает действие механизмов защиты, функциями которых является предохранение «Я» от тревоги, обусловленной ростом инстинктивного напряжения; тревоги, обусловленной угрозами «сверх-Я»; реальной опасностью. A. Freud принадлежит идея разграничения способов защиты и совладания как техник эмоционального самоконтроля. Она разделила функции защит по двум направлениям: первое – это борьба с внутренней угрозой и второе – с внешней.

Схема 1 Мультифакторная модель реагирования личности на травматическое событие (по данным литературы)



С.К. Нартова-Бочавер (1997) выделяет три подхода при интерпретации понятия «coping». Первый, развиваемый в работах N. Haan (1977), трактует его в терминах динамики Эго, как один из способов психологической защиты, используемой для ослабления напряжения. Сторонники этого подхода склонны отождествлять coping с его результатом. Второй подход (Billings A.G., Moos R.H., 1984), определяет coping в терминах черт личности – как относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным

образом. Но, так как стабильность рассматриваемых способов очень редко подтверждается эмпирическими данными, это понимание имеет много оппонентов. Согласно третьему подходу, coping должен пониматься как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и стадией развития конфликта, столкновения субъекта с внешним миром (R.S. Lazarus и S. Folkman 1984).

Разграничение механизмов защиты и совладания представляет собой значительную методическую и теоретическую трудность (Bohomolec E., Namislowska I., Zardbecka-Miescicka M., 1981). Защита считается внутриличностным процессом, а совладание рассматривается как взаимодействие с окружающей средой. Предполагается, что желание личности всегда затрагивает оба механизма с целью преодоления конфликта. E. Fulde с соавт. (1995), придерживаясь теории единства совладания и защиты, выяснил, что некоторые стратегии совладания и защитные механизмы позитивно взаимосвязаны.

Защитные механизмы имеют следующие общие свойства: они действуют в подсознании, индивид не осознает, что с ним происходит, они отрицают, искажают или фальсифицируют действительность, действуют в ситуации конфликта, фрустрации, психотравмы, стресса. Психологические защиты обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное поведение (Березин Ф. Б., 1988). Психологические защиты – механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки, выступающий в случаях, когда личность не может адекватно оценить чувство беспокойства, вызванное внутренним или внешним конфликтом, и не может справиться со стрессом (Ташлыков В.А., 1992, 1997).

Среди отечественных исследователей понятия «механизмы психологической защиты» и «механизмы совладания» (копинг-поведение) рассматриваются как дополняющие друг друга важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования индивида на стрессовые ситуации (Ташлыков В.А., 1992, 1997). Ослабление психического дискомфорта осуществляется в рамках неосознанной деятельности психики с помощью психологической защиты. Копинг-поведение используется как стратегия действий личности, направленная на устранение ситуации психологической угрозы. Психологические защиты и совладание различаются по параметрам – активности (конструктивности) – пассивности (неконструктивности) (Ташлыков В.А., 1984).

Во **второй главе «Общая характеристика материала и методов исследования больных с пограничными расстройствами»** описываются организация и методическое обеспечение исследования, социально-демографические и клинические особенности изучаемой выборки.

2.1. **«Методы исследования»**. В соответствии поставленными задачами исследования осуществлялся выбор методов и диагностических методик. Для изучения особенностей психологических защит использовалась **методика «Индекс жизненного стиля»,** разработанная R. Plutchik el al. (1979) и модифицированная Е.Б. Клубовой (1991, 1994). Опросник позволяет выявить восемь типов психологической защиты. Для выявления характерных стратегий совладания с трудными ситуациями использовалась **методика изучения копинг-поведения** (Heim E., 1988). Опросник включает копинг-стратегии,

сгруппированные в три группы: поведенческую, когнитивную и эмоциональную. Виды копинг-поведения учитывают степень адаптивных возможностей, выделяя адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные проявления. Для определения субъективных переживаний болезненного симптомокомплекса, рассматриваемых как составляющая внутренней картины болезни, использовался **стандартизованный симптоматический опросник Александровича** (Карвасарский Б.Д., 1998). Этот опросник позволяет получить количественные показатели выраженности нервно-психической патологии пограничного регистра.

2.2. **«Характеристика выборки исследования»**. Исследование проводилось в течение 4-х лет на базе клиник ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. За это время проведено экспериментально-психологическое исследование 109 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний клиник НИИ ПЗ. Кроме того, из числа условно здоровых людей (сотрудники НИИ ПЗ, учащиеся факультета психологии ТГУ и факультета усовершенствования врачей при СГМУ) создана группа сравнения в количестве 85 человек (48 мужчин и 37 женщин).

Основным критерием отбора в группу больных было наличие в анамнезе актуальной для пациента психической травмы. Все необходимые сведения о травме были взяты из истории болезни и индивидуальной беседы с пациентом. В связи с задачами исследования было выделено три группы пациентов, которые распределялись в зависимости от нозологии и пережитого травматического стресса: группа пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, участвовавших в локальных военных конфликтах в Афганской и Чеченской республиках (43 человека); группа больных с органическим расстройством личности и органическим эмоционально-лабильным расстройством, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (32 человека); группа больных с невротическими и личностными расстройствами, переживших различные травматические события (34 человека).

В параграфах 2.2.1. – 2.2.3. анализируются вопросы, связанные с нозологией и симптоматикой пациентов, а также половозрастная характеристика, уровень образования, оценка социального статуса и семейного положения. Вместе с тем, рассматриваются проблемы, связанные с давностью заболевания и сопутствующей соматической отягощенностью больных.

2.2.1. **«Социально-демографические и клинические особенности комбатантов»**. Из обследованных 109 больных была выделена группа пациентов, участвовавших в локальных военных конфликтах в Афганистане и Чеченской республике в количестве 43 мужчин в возрасте от 19 до 44 лет. Из 43 комбатантов только 4 человека воевали в Афганистане. Большую часть обследованных - 39 человек (90,7%) составили пациенты с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1.) и 4 человека (9,3%) были с диагнозом «Ананкастное расстройство личности» (F60.5.).

В своем исследовании мы опираемся на структурную концепцию ПТСР (Семке В.Я., 2001; Епанчинцева Е.М., 2001). По данным авторов клинико-патогенетическая структура ПТСР включает три типологических варианта: невротический, особенностью которого являлась отчётливая связь клинической картины с боевым стрессом, отражение в картине актуального состояния

психотравмирующих обстоятельств; патохарактерологический, при котором отмечено усложнение психопатологических симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов, наблюдаемых, как правило, у лиц с выраженной акцентуацией характера и при более неблагоприятной клинической динамике; неврозо-, психопатоподобный – с полиморфными психовегетативными, психосоматическими и психоорганическими состояниями, которые возникали под воздействием различных по силе и продолжительности соматогенных и экзогенно-органических факторов, принимая, зачастую, затяжное течение.

С учетом клинико-патогенетической структуры ПТСР пациенты распределялись следующим образом: в группу (I) с невротическим типом ПТСР вошли 17 человек (39,5%, средний возраст 28,59 ± 1,20 лет), в группу (II) с патохарактерологическим вариантом – 14 человек (32,6%, средний возраст 26,21 ± 2,29 лет), и 12 человек (27,9%, средний возраст 25,58 ± 1,37 лет) – в группу (III) с психопатоподобным типом ПТСР.

Общей характеристикой для всех типов ПТСР является соматическая отягощенность комбатантов. Как правило, для пациентов характерны сочетанные заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Для психопатоподобного варианта ПТСР отмечается тенденция к увеличению количества заболеваний центральной нервной системы в связи с наличием черепно-мозговых травм в анамнезе. При этом, отмечается учащение употребления алкоголя в группах с патохарактерологическим и психопатоподобным типами посттравматического стрессового расстройства.

2.2.2. **«Социально-демографические и клинические особенности участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС»**. Из обследованных пациентов была выделена группа мужчин в количестве 32 человек, в возрасте от 33 до 58 лет (средний возраст 45,22 ± 1,32 лет), принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. В нозологическом плане больные распределялись следующим образом: основную группу представляли пациенты с органическим (астеническим) эмоционально лабильным расстройством в связи со смешанным заболеванием (F06.68.) – 26 человек (81,3%) и 6 человек (18,7%) с органическим расстройством личности (F07.0.).

Таким образом, клинико-психологический статус ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС характеризуется соматической отягощенностью со стойким снижением трудоспособности (75% лица, имеющие инвалидность). Кроме того, у одной трети обследованных (37,5%), выявлена алкогольная зависимость.

2.2.3. **«Социально-демографические и клинические особенности больных с невротическими расстройствами и расстройствами личности»**. Из обследованных пациентов была выделена группа больных с невротическими и личностными расстройствами в количестве 34 человек (женщины – 30 человек и мужчины – 4 человека) в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст 38,47 ± 1,82 лет). Поскольку количество мужчин незначительно и составляет 11,8%, то они будут в дальнейшем рассматриваться нами на общих основаниях.

В зависимости от формы заболевания больные распределялись следующим образом. Самую большую группу составили пациенты с диагнозом «Истерическое расстройство личности» (F60.4.) в количестве 14 человек (41,2%). Невротические расстройства в данной выборке были представлены пациентами с диагнозом

«Расстройство адаптации» (F43.2.) – 10 человек (29,4%). Больные с диагнозом «Диссоциативное (конверсионное) расстройство» (F44.) в количестве 6 человек (17,6%) составили третью по численности группу. Наименьшее количество больных – 4 человека (11,8%), было в группе с органическими расстройствами личности, в нее вошли 3 человека с диагнозом «Органическое (астеническое) эмоционально-лабильное расстройство» (F06.6.) и 1 человек с диагнозом «Органическое расстройство личности» (F07.0.).

В своей работе мы опирались на концепцию В.Я. Семке и О.Э. Перчаткиной (2000) подразделения типологической структуры личности на два варианта: экспрессивный и импрессивный. Для экспрессивного варианта характерны: бурные, эмоциональные реакции, повышенная требовательность к окружающим, капризность, неискренность, высокомерие, игра на публику, тяга к самопоказу и самовосхвалению. Для импрессивного варианта характерна: избыточная впечатлительность, обидчивость, склонность к фантазированию и псевдологии, экзальтированность, плохая переносимость избыточных нагрузок, постоянное желание быть на виду у них реализовывалось в более узком (семейном, либо производственном) кругу. На основании анамнестических данных все пациенты были разбиты на две подгруппы: с экспрессивной – 15 человек (44,1%) и импрессивной – 19 человек (55,9%) типологической структурой личности.

Необходимо отметить, что у пациентов с невротическими и личностными расстройствами соматические заболевания носили преимущественно сочетанный, полисистемный характер. Чаще всего наблюдалось сочетание заболеваний эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта, отмеченное при импрессивном типе реагирования в 57,9%, а при экспрессивном типе в 40,0% случаев. Сочетанная патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта наблюдалась в 47,4% случаев у пациентов с импрессивным типом и в 26,7% – с экспрессивным типом. Кроме того, сочетанная патология выделительной системы и желудочно-кишечного тракта была установлена как при импрессивном типе реагирования (31,6%), так и при экспрессивном типе (40,0%).

В **третьей главе «Экспериментальное исследование стилей психологической защиты больных с пограничными расстройствами»** представлены результаты экспериментально-психологического исследования.

В параграфе 3.1. **«Исследование стилей психологической защиты и совладания у участников локальных войн»** анализируются результаты экспериментально-психологического исследования, особенности травматического события, характеризующие группу комбатантов.

Так, для комбатантов стрессовое воздействие отражает компонент витальной угрозы, т.е. психоэмоционального состояния, связанного с гибелью сослуживцев на глазах пациента, а также необходимостью убивать человека (пусть даже и противника); неблагоприятными экологическими условиями (повышенная инсоляция, необычный рельеф местности и др.). Характерными социально-психологическими условиями является отсутствие линии фронта и районов надёжного тыла, трудность в выявлении собственно «боевиков» среди местного «мирного» населения, отсутствие понятных мотиваций у комбатантов и их социальной поддержки. К специфическим факторам боевой обстановки относятся

также ускорение темпов действия, дефицит времени, внезапность, отсутствие полноценного отдыха и питания.

В параграфе 3.1.1. **«Анализ преморбидных особенностей у участников локальных войн»** анализируются преморбидные особенности личности, патологическое развитие личности, взаимосвязи клинико-патогенетической структуры ПТСР с принадлежностью комбатантов к офицерскому, либо рядовому составу, а также со сроками участия в боях и момента госпитализации.

В результате выявлены различия в течении посттравматического стрессового расстройства у офицерского (18 человек, 41,9%) и рядового состава (25 человек, 58,1%). Для офицеров характерно развитие менее тяжелого варианта ПТСР (невротического) – у 13 человек (76,5%), для рядовых больше вероятность развития патохарактерологического – в 11 случаях (78,6%) и психопатоподобного типов ПТСР – в 10 случаях (83,3%). Это обусловлено, в первую очередь, возрастными различиями и незрелостью личности, так как большинство рядовых были солдатами срочной службы в возрасте от 18 до 20 лет на момент участия их в боевых действиях. В отличие от солдат срочной службы, офицеры и «контрактники» были более подготовлены к действию в боевых условиях, что способствовало более легкому течению ПТСР. Кроме того, большинство обследованных офицеров прошли реабилитационный курс лечения в течение года после получения травмы, что способствовало сглаживанию патологической симптоматики и улучшению социальной адаптации. При этом, большая часть обследованных рядовых впервые прошла реабилитационное лечение по истечении более, чем четырехлетнего срока с момента участия в боевых действиях, что способствовало утяжелению патологический симптоматики и формированию патологических личностных черт.

Значимым фактором в развитии ПТСР, являются преморбидные личностные особенности. Благоприятное влияние на развитие ПТСР оказывали гармонические и психастенические черты личности в преморбиде комбатантов. В свою очередь, наличие возбудимых черт личности в преморбиде способствовало развитию более тяжелых форм ПТСР и выраженной дезадаптации.

В параграфах 3.1.2. – 3.1.4. анализируются различия в субъективном переживании невротической симптоматики, выраженность психологических защит и совладания в зависимости от принадлежности комбатантов к офицерскому либо рядовому составу.

Общей особенностью, характеризующей отношение всех комбатантов к экспериментально-психологической работе, было формальное отношение к выполнению тестовых заданий, а также отсутствие интереса к результатам экспериментально-психологического исследования. По нашим наблюдениям, недоверие, пассивный либо активный негативизм, выраженный в поведении комбатантов, не является исключительно направленным на исследование, как таковое, а распространяется на самые разнообразные сферы деятельности, объекты внешней среды и проявляется в отношении к окружающему миру в целом.

Анализ различий между группами показал, что общая выраженность всей патологической симптоматики в группе рядовых (30,21 ± 2,50%) выше $p<0,01$, чем в группе офицеров (19,39 ± 2,37%). Для комбатантов в обеих группах были

характерны симптомы, входящие в шкалы: «нарушения сна» (рядовые – 46,52 ± 4,77% и офицеры – 42,39 ± 4,89%) и «неврастенические расстройства» (рядовые – 43,34 ± 4,15% и офицеры – 35,12 ± 4,53%). Нарушения сна у комбатантов проявлялись ночными кошмарами, как правило, военной тематики, трудностями засыпания и частыми ночными пробуждениями, в меньшей степени их беспокоила бессонница и сонливость в течение дня. В шкале «неврастенические расстройства» пациенты чаще отмечали такие симптомы, как: чувство усталости, слабости утром и в течение дня; нехватку сил и энергии; интеллектуально-мнестические нарушения в виде ухудшения памяти, трудности при концентрации внимания, снижение скорости мыслительных операций.

Обшей особенностью для этих групп, является сильная выраженность психологической защиты «отрицание» для рядовых – 78,04 ± 4,24‰ и для офицеров – 69,39 ± 5,96‰. Кроме отрицания у комбатантов в значительной мере выражена психологическая защита «интеллектуализация», которая составляет у офицеров – 72,28 ± 5,65‰ и 70,36 ± 4,92‰ – у рядовых, соответственно.

Необходимо отметить, что практически все психологические защиты у рядового состава отличались большей напряженностью по сравнению с защитами у офицеров, о чем свидетельствует суммарный показатель напряженности всех защит, который достоверно выше у рядовых ($p<0,01$) и составляет 65,83 ± 2,87‰ и 53,36 ± 3,68‰ у офицеров, соответственно.

Наибольшее различие между группами проявлялось в психологической защите «реактивные образования» ($p<0,01$): у рядовых она составила 62,32 ± 4,57‰, а у офицеров – 40,56 ± 5,84‰. Выявлены различия ($p<0,05$) в напряженности таких защит как «регрессия» (у рядовых – 54,88 ± 6,47‰ и 32,67 ± 6,07‰ у офицеров) и «вытеснение» (69,60 ± 4,69‰ и 51,33 ± 7,31‰, соответственно). По другим психологическим защитам достоверных различий не выявлено.

Анализ функциональной значимости психологических защит, характерных для комбатантов, позволил установить следующие особенности. Значительная напряженность психологической защиты «отрицание» является отражением интрапсихического конфликта. Напряженность интеллектуализации дает возможность осмысления аффектов посредством отстранения от них. В свою очередь, не нейтрализованные с помощью интеллектуализации аффекты находят свое выражение в социальном окружении, что проявляется повешенной напряженностью психологической защиты «замещение». «Вытеснение», как психологическая защита, служит той же цели избавления от неприемлемых аффектов, через вытеснение их из сферы сознания в бессознательное. Психологические защиты «компенсация» и «реактивное образование» можно рассматривать, как попытку личности адаптироваться в мирной жизни, создавая положительный образ себя.

Анализ показывает, что у комбатантов имеет место значительное напряжение пяти и более психологических защит, что свидетельствует о разнонаправленных, амбивалентных мотивах, проявляющихся внутри личности. Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что проявление всех описанных психологических защит является следствием интрапсихического

конфликта, в основе которого находится расщепление или диссоциация личной «модели мира».

При проведении качественного анализа стратегий совладания, было отмечено, что две трети (а иногда и более) пациентов в группе используют одну и ту же стратегию по-разному – одна часть относит ее к предпочитаемым, а другая – к отвергаемым. В результате, на основании амбивалентного отношения больных определенной стратегии мы провели анализ количественных данных (результаты тестирования и клинические показатели). Цель этого анализа – выявление между двумя подгруппами различий в особенностях формирования структуры ВКБ включающей субъективные переживания болезненного симптомокомплекса (симптоматический опросник Александровича), а также особенности психологических защит и совладания.

Анализ копинг-стратегий комбатантов позволил выявить ряд особенностей. Так, в поведенческой сфере офицеры и рядовые чаще отдавали предпочтение таким стратегиям, как «отвлечение», через погружение в любимое дело в попытке забыть о своих проблемах, и сотрудничество. Вместе с тем, офицеры предпочитали стратегию «обращение». Комбатанты рядового состава чаще при разрешении проблем использовали аддиктивное поведение и стратегию избегания мыслей о собственных неприятностях. Кроме того, на основании амбивалентного отношения к ряду стратегий были выявлены следующие показатели. Так, для офицерского состава комбатантов отвержение неадаптивной стратегии «отступление», проявляющейся изоляцией и стремлением остаться наедине, и незначительное напряжение психологических защит «регрессия» и «вытеснение» свидетельствуют об актуальности и осознанности травматического, боевого опыта.

Для рядового состава комбатантов характерно амбивалентное отношение к большему количеству копинг-стратегий. Так, использование относительно адаптивной стратегии «конструктивная активность» и одновременное увеличение психологических защит «отрицание», «компенсация» и «реактивные образования» в большей степени способствует социальной адаптации и снижению проявлений депрессивной и обсессивной симптоматики. Отрицание «конструктивной активности» и увеличение психологических защит «замещение» и «проекция» затрудняют социальную адаптацию и приводят к нарастанию проявлений депрессивной и обсессивной симптоматики в актуальном состоянии. По нашему мнению, здесь имеет место два различных способа редукции тревоги, порожденной интрапсихическим конфликтом. Кроме того, на основании амбивалентного отношения рядовых к адаптивной стратегии «сотрудничество» выявлен следующий показатель. Так, отрицание этой стратегии и увеличение напряженности психологических защит «регрессия» и «вытеснение» свидетельствует о нарастающей психопатизации личности.

В эмоциональной сфере для комбатантов обеих групп характерно использование таких стратегий, как: адаптивная – «оптимизм», неадаптивная – «подавление эмоций» и относительно адаптивная стратегия «пассивная кооперация». Вместе с тем, комбатанты рядового состава чаще, чем офицеры используют адаптивную стратегию совладания «протест». Характерной особенностью для всех пациентов с ПТСР было амбивалентное отношение к

неадаптивной стратегии «агрессивность». Осознанное использование стратегии «агрессивность» для совладания с трудностями и одновременное напряжение психологических защит «регрессия», «замещение», «проекция» свидетельствуют о выраженном интрапсихическом конфликте и психопатизации личности. В противном случае – использование агрессивности является показателем реактивного состояния, связанного с актуальностью травматических переживаний.

В параграфе 3.1.5. **«Анализ экспериментально-психологического исследования комбатантов с учетом клинико-патогенетической структуры ПТСР»** отмечаются следующие особенности стилей психологической защиты и совладания у комбатантов в зависимости от клинико-патогенетической структуры ПТСР.

При невротическом типе посттравматического стрессового расстройства у комбатантов преобладает психологическая защита «интеллектуализация». Одновременно отмечается значительное снижение психологической защиты «регрессия». При решении трудностей пациенты с I типом ПТСР чаще используют следующие стратегии совладания: уход в работу, деятельность какого-либо рода; используют сотрудничество со значимыми людьми; ищут людей, готовых помочь советом. Вместе с тем, преобладают такие формы совладания, как: сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации; снижение значимости проблемы; повышение самооценки; оптимизм; подавление эмоций; пассивная кооперация с делегированием полномочий на решение трудностей другим людям. При этом, патологическая симптоматика выражена незначительно и проявляется в нарушениях сна и неврастенических расстройствах (астения).

Вышеизложенное позволяет предположить, что в данной группе интрапсихический конфликт выражен незначительно, в связи с тем, что у комбатантов (офицеры, «контрактники») участие в боевых действиях было осознанным и «добровольным». Это обуславливает повышение напряженности психологической защиты «интеллектуализация», необходимой для сохранения самоуважения и снижения ценности недоступного для личности опыта. В данном случае лечение в стационаре воспринимается комбатантами как необходимый реабилитационный процесс.

При патохарактерологическом (II) варианте ПТСР преобладают психологические защиты: «замещение», «интеллектуализация» и отмечается тенденция к увеличению напряженности психологической защиты «отрицание». Психологическая защита «компенсация» выражена в меньшей степени, чем в группе контроля. Вместе с тем, для решения трудностей комбатанты используют следующие стратегии совладания: изоляцию, стремясь остаться наедине с самим собой; уход в работу, хобби; используют сотрудничество со значимыми людьми; ищут людей, готовых помочь советом. Также, преобладают такие копинг-стратегии, как: сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации; снижение значимости проблемы и придание проблемам особого смысла – самосовершенствование; оптимизм; пассивная кооперация; подавление эмоций; агрессивность. Патологическая симптоматика проявляется в большей степени симптомами истерического, неврастенического и депрессивного расстройства и нарушениями сна. В данной группе интрапсихический конфликт приводит к снижению самооценки. В свою очередь, разрядка подавляемых эмоций,

осуществляемая в ближайшем окружении, еще более снижает самооценку и социальную адаптацию.

При психопатоподобном (III) типе ПТСР у комбатантов отмечается значительная напряженность психологических защит. Комбатанты данной группы предпочитают такие стратегии совладания, как: компенсация (стараются отвлечься и расслабиться с помощью алкоголя); альтруизм; уход в работу, деятельность какого-либо рода; сохранение самообладания и проблемный анализ ситуации; религиозность; упование на судьбу со смирением; оптимизм; пассивная кооперация; подавление эмоций; агрессивность. Патологическая симптоматика выражена больше, чем в других группах, и проявляется в истерических и ипохондрических расстройствах, а также в симптомах дереализации и трудностях, связанных с социальными контактами.

Выраженный интрапсихический конфликт в данной группе (III) приводит к значительному напряжению психологических защит. Это проявляется в нарастании соматизации, часто на фоне злоупотребления алкоголем и агрессивности.

В параграфе 3.2. **«Исследование стилей психологической защиты и совладания у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС»** анализируются особенности травматического события и последовавшего за ним травматического стресса, а также результаты экспериментально-психологического исследования.

Обобщая результаты, представленные в параграфах 3.2.1. –3.2.4., можно отметить следующее. Участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС поступают в стационар в состоянии декомпенсации или ухудшения соматического состояния. При этом, они ориентированы на медикаментозное лечение, так как расценивают воздействие радиации как повреждающий фактор именно на биологическом уровне. Установка на медикаментозное лечение объясняет формальное отношение испытуемых к экспериментально-психологическому исследованию, отсутствие мотивации к психокоррекционной работе.

Особенности адаптации у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС характеризуются ухудшением соматического состояния (снижение работоспособности и памяти, повышенная утомляемость, нарастающая слабость с выраженным вегетативным компонентом), т.е. имеет место стойкое снижение трудоспособности (инвалидность) в 75% случаев.

В параграфе 3.3. **«Исследование стилей психологической защиты и совладания у больных с невротическими и личностными расстройствами»** анализируются особенности первичного и актуального травматического события, а также результаты экспериментально-психологического исследования.

Специфика психотравмы пациентов с невротическими и личностными расстройствами часто обусловлена личностной незрелостью пациентов. Попадая в ситуацию, когда реальность не совпадает с представлениями такой личности об окружающем мире, она воспринимает эту ситуацию как катастрофическую, травматическую. Состояние фрустрации требует от нее использования всего потенциала защит, в том числе, диссоциативных, что еще более усугубляет интрапсихический конфликт. Это находит свое отражение в проявлении конверсионной симптоматики и в возникновении соматических нарушений.

В параграфе 3.3.1. **«Анализ преморбидных особенностей у больных с невротическими и личностными расстройствами»** рассматриваются преморбидные личностные особенности и патологическое развитие личности, а также выделяются критерии и виды травматических событий, повлекшие за собой травматический стресс.

Обобщая результаты, представленные в параграфах 3.3.2. – 3.3.4., можно отметить, что субъективные переживания болезненного симптомокомплекса (симптоматический опросник Александровича), как части структуры ВКБ пациентов с невротическими и личностными расстройствами имели следующие особенности. Общей чертой, характерной для всех больных, была выраженная астеническая и аффективная симптоматика с инсомническим компонентом, а также различные фобии и симптомы ипохондрического содержания. Вместе с тем, у больных с экспрессивным типом реагирования в большей степени, чем у пациентов с импрессивным типом, отмечались симптомы истерического расстройства в сочетании с различными соматическими нарушениями и внутренним напряжением с повышенной раздражительностью и гневными реакциями.

Установлено, что для больных обеих клинических групп характерна напряженность (больше 70‰) психологических защит «регрессия» и «замещение». Напряженность этих психологических защит свидетельствует о слабости эмоционально-волевого контроля, свойственной психопатическим личностям, что позволяет пациентам разряжать подавляемые эмоции (раздражение, гнев) в микросоциальном окружении. Это осложняет социальную адаптацию и объясняет высокую конфликтность таких пациентов.

В **четвертой главе** (параграфы 4.1. – 4.3.) **«Анализ взаимосвязей между психологическими и психобиографическими характеристиками пациентов с пограничными расстройствами в зависимости от пережитой травмы»** полученные при экспериментально-психологическом исследовании данные и значимые психобиографические показатели рассматриваются комплексно, с учетов варианта травматического события. В качестве метода, позволяющего выявить значимые взаимосвязи, используется корреляционный анализ (по Пирсону).

Корреляционный анализ выявил, что для комбатантов независимо от типологической структуры ПТСР, можно выделить два уровня защиты личности и переработки травмы. При незначительном интрапсихическом конфликте включается первый уровень «обороны личности», состоящий из таких психологических защит, как «отрицание», «интеллектуализация», «вытеснение» и «компенсация». В функциональном плане повышение напряженности психологической защиты «отрицание» свидетельствует о наличии конфликта любого рода (в данном случае интрапсихического), при этом, «интеллектуализация» необходима для когнитивной, отстраненной от аффекта, переработке интрапсихического конфликта. В свою очередь, психологическая защита «вытеснение» позволяет вытеснить из сферы сознания неприемлемые аспекты данного конфликта, а компенсация необходима для повышения самооценки.

При нарастании интрапсихического конфликта первый уровень перестает справляться с массивным травматическим переживанием, поэтому психика индивидуума задействует второй уровень личностной защиты. Этот уровень

представлен следующими психологическими защитами: «проекция», «замещение» и «регрессия». Это, в свою очередь, приводит к нарастанию невротической симптоматики. В этом случае, интрапсихический конфликт выбрасывается вовне, что осуществляет психологическая защита «проекция», тогда внешний мир становится носителем постоянной угрозы, и это позволяет разряжать аффекты в социуме через психологические защиты «замещение» и «регрессию». Это осложняет социальную адаптацию. Дальнейшее усиление интрапсихического конфликта способствует активации диссоциативных защит.

Корреляционный анализ показал также, что у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС на отдаленном этапе пережитая травма в виде стресса радиационной угрозы и последующего информационного стресса формировалась своеобразная система психологических защит. Эта система включает в себя следующие защиты и их связи: регрессия взаимосвязана с замещением, которое коррелирует как с компенсацией, так и с реактивными образованиями, в свою очередь, две последние психологические защиты взаимосвязаны с проекцией. Вместе с тем, для психологической защиты «реактивные образования» характерна зависимость, как от интеллектуализации, так и от вытеснения.

Наличие интрапсихического конфликта приводит к повышению напряженности психологической защиты «регрессия», характеризующейся ослаблением эмоционально-волевого контроля, что позволяет разряжать аффекты в микросоциальном окружении (психологическая защита «замещение»). Это осложняет социальную адаптацию и интерперсональные отношения, что, в свою очередь, снижает самооценку, усиливая интрапсихический конфликт. Для повышения самооценки и создания позитивного образа «Я» необходимыми являются психологические защиты «компенсация» и «реактивные образования», но эти защиты не приводят к достижению желаемой цели. Когда интрапсихический конфликт становится невыносимым, начинает действовать психологическая защита «проекция», которая позволяет перевести этот конфликт вовне. Это приводит к тому, что внешний мир становится основным носителем угрозы, от которой необходимо защищаться.

При сопоставлении психодиагностических данных и характеристик возраста, давности заболевания; количества поступлений корреляционный анализ показал, что для больных с невротическими и личностными расстройствами ведущей защитой является «регрессия», повышение которой приводит к увеличению напряженности замещения, проекции и компенсации. У этих пациентов переработка травмы осуществляется при помощи ослабления эмоционально-волевого контроля, что приводит, в свою очередь, к одновременной активизации следующих проявлений: разрядка аффекта в микросоциальном окружении, выброс интрапсихического конфликта вовне и повышение самооценки. Вместе с тем, увеличение напряженности психологической защиты «отрицание» приводит к усилению напряженности «реактивных образований».

Таким образом, выявленная структура взаимосвязей позволяет сделать предположение о том, что психологические защиты «регрессия» и «компенсация» лежат в основе проявлений конверсионной симптоматики, инсомнических расстройств и психастенических нарушений, характеризующихся неуверенностью в себе. Психологические защиты «регрессия» и «замещение» обуславливают

возникновение блока следующих симптомов: искаженное восприятие действительности (дереализация), приводящее к нарастанию беспокойства и напряжения и появлению соматических нарушений. Повышение напряженности психологической защиты «отрицание», являющейся маркером интрапсихического конфликта, приводит к нарастанию беспокойства и напряжения и инсомническим расстройствам. При этом, повышение активности вытеснения обуславливает деформацию интерперсональных отношений.

Результаты настоящего исследования отображены в интегративной модели реагирования личности на травму (см. схеме 2а и 2б).

СХЕМА 2а. Комплексная модель личностного реагирования на травму с учетом нозологии, психологических защит и стилей совладания

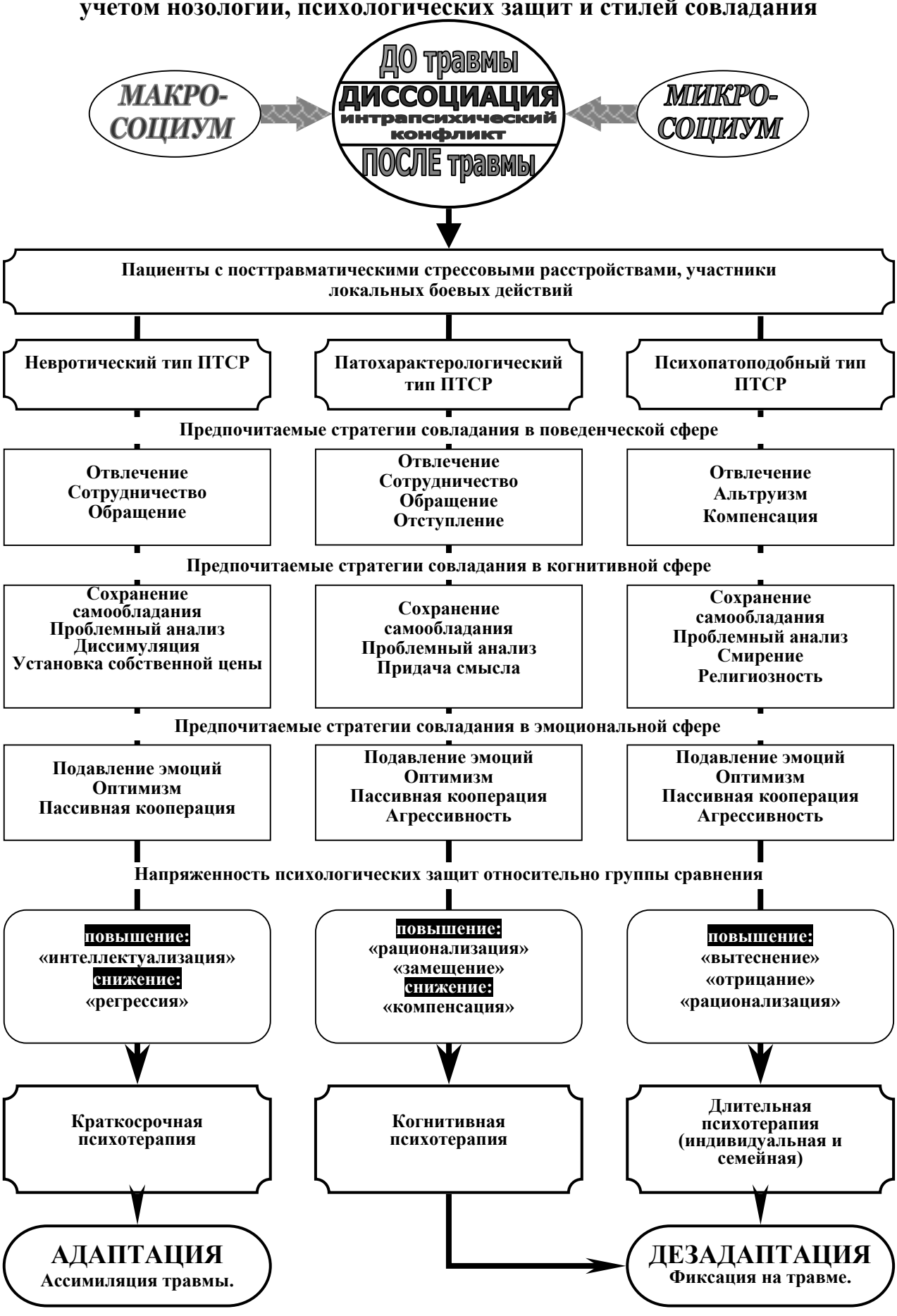
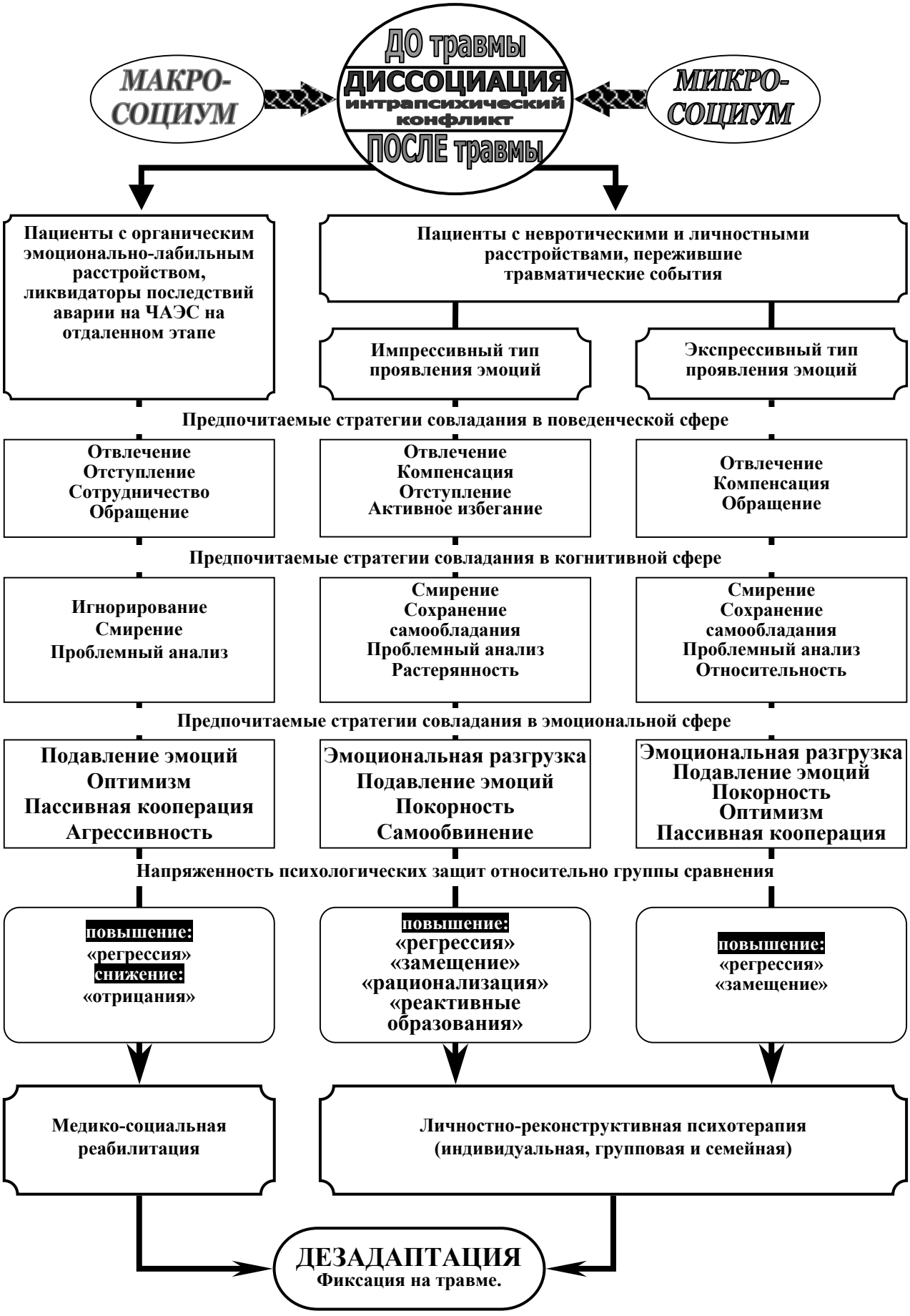


СХЕМА 2б. Комплексная модель личностного реагирования на травму с учетом нозологии, психологических защит и стилей совладания



В **заключении** подводятся основные итоги анализа полученных результатов, позволивших сделать следующие **выводы**:

1. В результате исследования создана интегративная модель реагирования личности на травму, включающая особенности нозологии психологической защиты и совладания и их взаимосвязи.

2. Выявлены взаимосвязи между личностными особенностями, характером переживания травматического события, которые отражают специфичность психологических защит у различных групп пациентов с пограничными нарушениями.

2.1. При невротическом типе ПТСР отмечается незначительная выраженность интрапсихического конфликта, его решение обуславливает напряженность психологической защиты «интеллектуализации» и снижение напряженности «регрессии».

2.2. При патохарактерологическом типе ПТСР отмечена большая выраженность интрапсихического конфликта, по сравнению с невротическим типом. Его решение приводит к повышению напряженности психологических защит «замещение», «рационализация» и снижением напряженности «компенсации».

2.3. При психопатоподобном типе ПТСР отмечена значительная выраженность интрапсихического конфликта (по сравнению с предыдущими типами ПТСР). Это обуславливает напряженность психологических защит «отрицание», «вытеснения» и «рационализация».

2.4. Интрапсихический конфликт у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС проявляется соматической отягощенностью и его решение осуществляется, через усиление напряженности «регрессии» и уменьшение напряженности «отрицания».

2.5. При импрессивном типе эмоционального реагирования отмечается повышение напряженности психологических защит «регрессия», «рационализация» и «реактивные образования».

2.6. При экспрессивном типе эмоционального реагирования выявляется усиление напряженности «регрессии» и «замещения».

3. Особенности стилей совладания взаимосвязаны с характером и тяжестью пограничных расстройств.

3.1. Пациентам с ПТСР при нарастании тяжести психопатологических проявлений свойственно использовать относительно адаптивные стратегии совладания «компенсация», «религиозность» и неадаптивные – «отступление», «смирение» и «агрессивность».

3.2. Для больных с импрессивным типом реагирования в большей степени, чем для пациентов с экспрессивным типом, характерно использование неадаптивных копинг-стратегий: «активное избегание», «отступление», «растерянность» и «самообвинение».

3.3. У пациентов с органическими эмоционально-лабильными расстройствами, ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, характерно преобладание неадаптивных стратегий совладания: «отступление», «игнорирование», «смирение» и «агрессивность».

4. У пациентов различных групп результаты корреляционного анализа отражают специфику взаимосвязей психологических защит с субъективными переживаниями болезненного симптомокомплекса.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Ошаев С.А. Личностные особенности ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и их адаптация в отдаленном периоде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 1998. – № 1-2. – С. 88 – 92.
2. Семке В.Я., Стоянова И.Я., Ошаев С.А. К проблеме формирования неадекватного поведения у ликвидаторов аварии на ЧАЭС и возможности его психотерапевтической коррекции // Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты). – Томск, 1998. – С. 168 – 169.
3. Популяционные исследования архаических форм психологической защиты / И.Я. Стоянова, С.А. Ошаев, В.Я. Семке, И.Е. Куприянова // Транскультуральная психиатрия психология; Материалы международной научно-практической конференции 6-8 июля 1999 года. – Владивосток, 1999. – С. 74 – 76.
4. Семке В.Я., Стоянова И.Я., Ошаев С.А. Социально-психологические аспекты экспектации и реабилитации участников ликвидации аварии на ЧАЭС // Транскультуральная психиатрия психология; Материалы международной научно-практической конференции 6-8 июля 1999 года. – Владивосток, 1999. – С. 86 – 87.
5. Ошаев С.А., Стоянова И.Я., Перчаткина О.Э. Формы психологической защиты у больных с пограничными расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии; Материалы IX научной отчетной сессии НИИ психического здоровья Томский научный центр СО РАМН. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 42 – 44.
6. Некоторые психологические характеристики пациентов, переживших экстремальные ситуации / В.Я. Семке, И.Я. Стоянова, С.А. Ошаев и др. // Актуальные вопросы психиатрии; Материалы IX научной отчетной сессии НИИ психического здоровья Томский научный центр СО РАМН. – Томск, 1999. – Вып. 9. – С. 51 – 53.
7. Ошаев С.А., Стоянова И.Я. Сравнительный анализ механизмов совладания и архаических форм психологической защиты у больных с невротическими нарушениями // Сибирский психологический журнал. – Томск, 1999. – Вып. 10. – С. 77 – 80.
8. Beliefs and superstitons as a way of psychological defense in structure of harmonious personality and in mental health disturbances / I.Ya. Stoyanova, V.Ya. Semke, S.A. Oshayev et. al. // The 4-th International Conference on Philosophy and Psychiatry. MADNESS, SCIENCE AND SOCIETY FLORENCE, RENAISSANCE 2000. August 26-29, 2000. – p. 18-20.
9. Особенности адаптации лиц, перенесших длительное стрессогенное воздействие / С.А. Ошаев, И.Я. Стоянова, В.Я. Семке, Е.М. Епанчинцева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2001. – №1. – С. 80 – 86.
10. Ошаев С.А. Особенности психологических защит у больных с ПТСР // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2003. – Вып. 11. – С. 74 – 76.