

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ЗАЛОЖНИКОВ С НАЛИЧИЕМ СТОКГОЛЬМСКОГО СИНДРОМА И ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

© Степанов И.Л.

доктор медицинских наук, руководитель отделения расстройств аффективного спектра,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
stigl2006@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-8308-9236

В статье рассмотрены результаты сравнительного анализа психологической защиты заложников с наличием стокгольмского синдрома, пациентов с различными типами депрессивного расстройства и контрольной группы здоровых людей. Основное внимание обращено на проблему парадоксального формирования позитивного эмоционально отношения некоторых жертв к захватчикам на фоне преобладания у них негативных эмоций в ситуации угрозы для жизни. По результатам собственных исследований депрессивных пациентов в соответствующих условиях автор показывает возможность непроизвольного сохранения и актуализации локального позитивного эмоционально-поведенческого комплекса у пациентов при неглубоких ситуационных депрессиях. Анализ компенсаторных возможностей аффективной сферы некоторых депрессивных пациентов позволяют глубже понять механизмы формирования психологической защиты у жертв террористического акта.

Ключевые слова: стокгольмский синдром, депрессивное расстройство, психологическая защита

Введение

Представление о стокгольмском синдроме сформировалось в научном дискурсе по мере драматического повторения данного феномена в истории террористических актов в различных странах и при сходных обстоятельствах. История стокгольмского синдрома начинается с 23 августа 1973 года, когда Ян-Эрик Олссон в одиночку захватил отделение банка Kreditbanken в центре Стокгольма и в течение шести суток удерживал в заложниках четырех сотрудников учреждения. При расследовании инцидента заложники отказались сотрудничать с правоохранительными органами в роли обвинителей и даже способствовали смягчению обвинения в суде своим захватчикам.

В 1974 году в террористы из Симбионистской армии освобождения (*Symbionese Liberation Army, SLA*) похитили 19-летнюю Патрисию Херст, внучку миллиардера и газетного магната Уильяма Рэндольфа Херста. Два месяца девушка провела в плену, где ее подвергали насилию, били и морили голодом. Поведение заложницы в дальнейшем казалось противоестественным, так как за сутки до запланированного освобождения Патрисия Херст отказалась вернуться в семью и сообщила

о своем присоединении к группировке SLA. Она участвовала в налетах и ограблениях. После ареста у Патрисии Херст было выявлено посттравматическое расстройство психики, вызванное страхом за свою жизнь.

В 1991 году одиннадцатилетняя Джейси Ли Дугард была похищена рецидивистом насильником Филиппом Гарридо. Она прожила в его семье 18 лет, родила ему детей, никогда не искала помощи у соседей, а после освобождения не выдвигала никаких обвинений своему похитителю и пыталась даже отрицать вину с его стороны.

В Перу 7 декабря 1996 года более 500 человек были захвачены Перуанскими экстремистами и пребывали в плену около четырех месяцев. Некоторых в последствии выпустили, при этом часть освобожденных отзывались о захватчиках с симпатией, предводителя террористов характеризовали как порядочного и образованного человека.

Столь парадоксальное отношение и поведение заложников к захватчикам при прямой угрозе своей жизни с их стороны не могло не привлечь внимание психологов и криминалистов. Данное психическое состояние обозначилось в литературе как стокгольмский синдром или синдром за-

ложника по первому эпизоду 1973 года. Автором названия был шведский психолог и криминалист Нильс Бейерут (Nils Bejerot).

Во время захвата заложников в «Норд-Ост» на Дубровке в 2002 году у ряда заложников также отмечались признаки стокгольмского синдрома, причем за достаточно короткий промежуток времени контакта с террористами (Ляхов, 2002). Аналогичное стокгольмскому синдрому поведение некоторых пострадавших отмечалось на суде над террористами после теракта в Беслане в 2004 году (Куликов, 2005).

В отношении распространенности стокгольмского синдрома среди заложников в ситуации насильственного удержания с угрозой для жизни существует общепринятое мнение о редкости этого явления. «Согласно Системе ФБР по захвату заложников (NOBAS) в национальной базе данных, содержащей сведения о более чем 1200 зарегистрированных инцидентах с захватом заложников на федеральном и местном уровнях, 92% жертв таких инцидентов, как сообщается, не продемонстрировали никаких признаков стокгольмского синдрома» (Fuselier, 1999).

Анализ более чем 4700 случаев захвата заложников с баррикадированием, проведенный специалистами ФБР, показал, что «...у 27% жертв в той или иной степени проявляется стокгольмский синдром. В то же время многие полицейские практики считают, что на самом деле этот синдром проявляется намного реже и встречается, как правило, в ситуациях, когда заложники и преступники были ранее незнакомы» (De Fabrique et al., 2007).

Психологические характеристики стокгольмского синдрома

Стокгольмским синдромом в психологии называют симпатию, возникающую между жертвой и агрессором. В контексте нашего анализа мы сосредоточимся на особенностях развития синдрома у жертвы. Обычно дается объяснение, что позитивное восприятие агрессора является результатом травматического опыта и бессознательной защитной реакции психики. В ситуации угрозы жизни жертвы почему-то начинают сочувствовать абьюзерам и оправдывать их.

Вариант синдрома встречается в обыденной жизни в виде формирования позитивного отношения к насильнику, к начальнику в ситуации харассмента, к абьюзеру в семье. Такой вариант синдрома отличается от традиционного понимания сохраняющейся возможностью избежать смертельной угрозы, меньшей зависимостью от агрессора

и свидетельствует о развитии подобного состояния даже в менее тяжелых обстоятельствах (так называемый корпоративный стокгольмский синдром).

Считается, что механизм возникновения стокгольмского синдрома прямо связан с инстинктом самосохранения и выживанием жертвы через послушание агрессору. При этом подобный формально адаптивный механизм не позволяет жертве действовать в направлении принятия помощи со стороны, применить тактику независимого от агрессора поиска реального выхода из ситуации и в итоге добиться освобождения.

Исследователи стокгольмского синдрома в целом сходятся во мнениях об условиях его развития. В бюллетене ФБР сообщается, что: «Во-первых, необходимо, чтобы прошло значительное время. Во-вторых, заложники и захватчики должны поддерживать контакт, то есть заложники не должны быть изолированы в помещении. В-третьих, захватчик должен обращаться с заложниками по-доброму или, по крайней мере, не применять к ним физическое насилие или словесные угрозы» (Fuselier, 1999).

Более развернуто условия развития синдрома представлены в работе Натали де Фабрик: «Во-первых, заложник не может сбежать, и его жизнь зависит от захватчика. Во-вторых, заложник изолирован от других людей и видит ситуацию только с точки зрения захватчика. В-третьих, захватчик угрожает убить заложника, и заложник воспринимает угрозу всерьез. В-четвертых, заложник считает захватчика добрым до тех пор, пока тот не будет жестоко обращаться с ним... Феномен стокгольмского синдрома требует понимания процесса, который приводит к его развитию. Самое важное, что это состояние не является результатом сознательного решения или рационального выбора подружиться с похитителем. С психологической точки зрения, «я», описанное Зигмундом Фрейдом как «ядро личности», отвечает за обеспечение людей механизмами защиты — способами, позволяющими им защищаться, дистанцироваться от неприятных мыслей, чувств и желаний и оставаться в сознательном неведении о них, а также помогает отдельным людям избегать обид и дезорганизации» (De Fabrique et al., 2007).

В психоаналитической литературе есть несколько объяснений этому механизму: а) в ситуации пролонгации насилия жертва теряет себя как личность, видит в агрессоре своего властителя, который способен восстановить прежний статус жертвы и становится в этой надежде союзником агрессора; б) в ситуации угрозы жизни жертва теряет себя как личность и становится на место

агрессора и идентифицирует себя с ним, совлаждая таким образом с труднопереносимой ситуацией; в) при угрозе жизни отсрочка смерти вызывает чувство благодарности к агрессору.

В специальной литературе нет указаний на то, что стокгольмский синдром является психическим заболеванием и обычно оценивается с точки зрения копинг-механизмов, позволяющих совладать с трудной ситуацией, сохранить адаптированный уровень реагирования с последующей сохранностью психического состояния. На наш взгляд более правильным было бы использование понятия «психологической защиты» как бессознательного и непроизвольного механизма, что больше соответствует описанию синдрома.

Парадокс в состоянии заложников при стокгольмском синдроме заключается не только в проявлении позитивной эмоции к агрессору, но и в последствиях этого отношения как психологического «саморазоружения» перед агрессором, а именно в проигрыше в стратегии достижения освобождения при ложном восприятии реальной обстановки.

В специальном исследовании по разработке психометрической методики — Шкалы Стокгольмского Синдрома, — состоящей из 119 пунктов, были выявлены три сильных фактора. «Три подшкалы, созданные на основе этих факторов и включающие 49 пунктов, продемонстрировали отличную внутреннюю согласованность и хорошую надежность при повторном тестировании. Таким образом, существовала высокая корреляция между любовной зависимостью (связью между насильником и жертвой), основным стокгольмским синдромом (искажениями, на которых строилась эта связь) и психологическим ущербом» (Graham et al., 1995).

В результате наблюдений по частоте проявления стокгольмского синдрома возникают вопросы: 1) Почему в сходных условиях, при отсутствииотягчающего психического состояния у заложников нет общей закономерности в формировании синдрома? 2) Чем отличаются носители синдрома от остальных?

Механизмы развития синдрома представлены в литературе в основном психоаналитическими концепциями, механизмом переноса, неосознаваемыми защитными механизмами, спонтанными реакциями, которые предполагают индивидуальное проявление позитивного восприятия опасного образа насильника, но чем эта индивидуальная особенность с точки зрения эмоционального компонента детерминирована — не объясняется, и механизм оценивается как самодостаточный и неосознаваемый в своем проявлении.

При этом остается не вполне ясным сам феномен развития устойчивого позитивного отношения к захватчику в контексте общей стрессовой ситуации с угрозой для жизни (при интенсивных отрицательных эмоциях страха, гнева, уныния). Объяснить это патологическим механизмом «расщепления психики», шизоидии (в смысле несоответствия, не конгруэнтности эмоции и когнитивного содержания) также невозможно, т.к. данный синдром не относится к клинически значимым психическим нарушениям и не влечет в дальнейшем соответствующих возникшему «расщеплению» расстройств (Куликов, 2005).

С точки зрения психопатологического анализа соотношения эмоционального фона и его наполнения семантическим контентом в психиатрии существует устоявшееся объяснение их взаимосвязи. В клинике аффективной патологии общепризнано конгруэнтное соответствие депрессивного аффекта и депрессивных идей виновности, малоценности, заниженной самооценки, негативного восприятия окружающего, пессимизма (т.е. негативного когнитивного контента), маниакального аффекта и идей величия, могущества, завышения самооценки и неадекватно позитивного эмоционального восприятия окружающего (позитивного когнитивного контента) (Куликов, 2005; Ляхов, 2002).

Можно предположить, что позитивное отношение к захватчику — это вариант сознательной симуляции заложником положительного чувства (собственно копинг-механизм). Но тогда необъяснимо устойчивое сохранение этого чувства в безопасной ситуации освобождения (когда уже нет необходимости в его демонстрации). На сегодняшний день нам не встретились понятные общепринятые представления о механизмах развития позитивной эмоциональности с соответствующим когнитивным контентом в ситуации угрозы для жизни и на фоне переполненности переживаний негативными эмоциями (страх, тревога, гнев, и т.п.). Изложенные далее собственные исследования развития компенсаторных возможностей у депрессивных пациентов могут дополнить представления о формировании стокгольмского синдрома и объяснить редкость его формирования у жертв.

Метод

Цель исследования состояла в изучении дефицитарности положительных эмоций у больных депрессией. Было обследовано 120 человек, 90 человек пациенты с депрессивными состояниями различного генеза и 30 человек контрольная группа (КГ) условно здоровых. Депрессивные

пациенты распределены в 3 группы согласно основным диагностическим категориям: 30 человек с эндогенными (спонтанными) расстройствами аффективного спектра (АР), 30 человек с психогенными ситуационными депрессиями (ПД), 30 человек с постпсихотической депрессией в рамках шизофрении (ШД).

Применялись методы: клинико-психопатологический; сравнение по аналогии; психометрический — шкала депрессии Бека (вариант 13 пунктов); структурированное интервью по оценке ангедонических нарушений; структурированное интервью по оценке общего психического состояния; структурированное интервью социально-психического функционирования; статистические методы обработки (Степанов, 2004а).

Средний возраст в группе пациентов с АР 37,9 лет, в группе ПД 31,9 лет, в группе ШД 35,9 лет, в КГ 29 лет и достоверно между собой не различались. По семейному положению группы АД, ПД и ШД не различались, в группе КГ преобладали семейные. В группе АР преобладали мужчины по сравнению с КГ, ПД и ШД. Длительность депрессии не менее 2 месяцев.

Исследовалась дефицитарность восприятия положительных эмоций — ангедония, которая является одним из двух основных признаков депрессивного состояния (второй признак — гипотимия, собственно пониженное настроение различной модальности), в совокупности с другими симптомами депрессивного синдрома, которые являются следствием основных и проявляются по выраженности не в строгой пропорции. Это в основном нарушение концентрации внимания, идеи малоценности, вины, нарушения сна, аппетита, снижение энергичности (критерии Международной классификации болезней МКБ-10, МКБ-11, раздел психиатрия).

Результаты исследования и их анализ

В рамках проведенного исследования в совокупности с основным массивом данных было установлено, что при неглубоких депрессиях в данных группах ангедонические нарушения в различных сферах эмоционального спектра восприятия позитивных стимулов могут проявляться частично (парциально), тогда как при тяжелых депрессивных состояниях ангедония проявляется тотально по всем сферам восприятия (Степанов, 2004 а, б, в). Собственно, ангедония в психиатрической литературе определяется как а) снижение или утрата способности переживать положительные эмоции; б) снижение или утрата способности достигать их (Chapman et al., 1976).

У некоторых пациентов в контрольной группе с субдепрессией или легкой депрессией (по шкале Бека, 13 пунктов) отмечалась повышенная по сравнению с прежней до депрессии актуализация (потребность) восприятия положительных эмоций в виде оживления прежних увлечений, пищевых предпочтений, профессиональной творческой активности, сексуальных отношений (в исследовании исключалось употребление психоактивных веществ). Данные проявления потребности восприятия позитивных эмоций (гедонического восприятия, в дальнейшем ГВ) носили индивидуальный характер в зависимости от предшествующего опыта, личностных возможностей и характеризовались пассивным созерцанием приятно-го контента.

В таблице 1 представлены частота встречаемости актуализации пассивного гедонического восприятия (ГВ) и тяжесть депрессии в баллах по шкале депрессии Бека.

Таблица 1. Частота встречаемости актуализации гедонического восприятия ГВ и тяжесть депрессии

Симптомы	АР n=30	ПД n=30	ШД n=30	КГ n=30
Частота проявления гедонического восприятия	16,7% 5 чел.	43,3% 13 чел.	20% 6 чел.	33,3% 10 чел.
Шкала депрессии Бека 13 пунктов	19,9 балл	15,5 балл	18,7 балл	6,7 балл

Среди обследованных в среднем наименьшая тяжесть депрессивного состояния отмечена в группе ситуационных депрессий (ПД) как легкая-умеренная; более выражена в группе эндогенных аффективных расстройств (АР) и депрессий при шизофрении (ШД) как переходящих в ранг нижней границы тяжелых. В контрольной группе

преобладали в 67% субдепрессивные состояния с незначительной выраженностью гипотимии.

Важно отметить, что проявления ГВ характерны для всех исследованных групп с различной природой депрессивных состояний и среди условной нормы в контрольной группе. Это может свидетельствовать об общих закономерностях прояв-

ления данной особенности некоторых пациентов при различных нарушениях эмоциональной сферы по гипотимному варианту. Подобные особенности депрессивных пациентов также нашли отражение в недавних исследованиях (Головина, Степанов, 2023; Степанов, Козлов, 2022).

Актуализация ГВ в ряде случаев приобретала степень поведенческой активности в достижении переживания позитивных эмоций в сферах социального функционирования: профессиональной, бытовых обязанностей, опрятности-внешнего вида, межличностных обязанностей, неформального общения, увлечений-хобби, сексуальной сферы и определялась как актуализация гедонической активности. Например, при тягостной обстановке в семье актуализировалась потребность в любимой работе, чрезмерному влечению к еде, в уходе за внешностью, погружение в хобби, искусство и тому подобное. Пациенты таким образом непроизвольно компенсировали баланс сужения прежнего спектра и объема позитивных эмоций за счет сохраненных личностных возможностей достигать и переживать их в некоторых привлекательных сферах. Это позволяло им в ситуации неглубокой депрессии избежать генерализации депрессивного состояния, развития тотальной ангедонии, безрадостности, глубокого нарушения социального функционирования.

Подобные особенности наглядно показывали различия между пациентами с сохраненным уровнем адаптации и более тяжелыми больными. Способность некоторых пациентов к актуализации ГВ и ГА оценивалась нами как адаптивная компенсаторная особенность психики к поддержанию приемлемого для функционирования привычного баланса эмоций (сохранению личностно привычного «гомеостаза» психического состояния) в стрессирующих условиях жизни. Данная особенность формировалась как в субдепрессивном, так и в более выраженном ранге депрессивного состояния (но не характерна для глубокого уровня депрессии с тотальной ангедонией), имела нелинейный характер зависимости своего проявления от глубины депрессивного состояния; и могла сохраняться неопределенно продолжительное время.

Как показали исследования, необходимым условием для актуализации ГВ и особенно ГА является наличие актуальной психотравмы при легкой или умеренной выраженности депрессивных симптомов. Особенностью состояния пациентов с психогенными (ситуационными) депрессиями являлась их эмоциональная напряженность, сменяющаяся по ситуации аффектами тревоги, стра-

ха, гнева и т.п., психомоторной активацией, облегчающей реализацию ГА. В группе аффективных расстройств и постпсихотических депрессий преобладали в среднем симптомы психомоторной заторможенности на фоне тоскливо-тревожного, тоскливо-апатического аффектов с меньшей склонностью к реализации ГА в привлекательных сферах функционирования.

В обыденной жизни данные проявления в меньшем масштабе также характерны в отношении доминирующей эмоции и ее контента. Здесь важно отметить наличие общей закономерности формирования соответствия эмоции и контента как в аффективной патологии, так и в норме. Исключением являются более сложные и «расщепленные» синдромы в клинике шизофрении, которые, однако, как показывает наше исследование, не являются даже для этого расстройства характерными.

Степень актуализации (возможности реализации в поведении) данной особенности как проявление ГА (гедонической поведенческой активности) оказалась характерной только в группе психогенных (ситуационных) депрессий (тревожно-гневливый спектр эмоций) и касалась некоторых сфер социального функционирования всего у 50% пациентов: наибольшее распространение характерно для неформального общения (9 чел.), опрятности-внешнего вида (5 чел.), межличностных обязанностей (3 чел.), бытовых обязанностей (1 чел.), увлечений-хобби (1 чел.), и не затрагивало профессиональной сферы (0) и сексуальной (0). У некоторых пациентов проявления ГА отмечались одновременно в нескольких сферах функционирования. В более поздних работах предпочтения при ГВ и ГА относились также к сексуальной сфере (Краснов, 2011; Степанов, Козлов, 2022).

Сферы неформального общения и опрятности внешнего вида статистически образуют характерный кластер позитивно значимых отношений с позиционированием себя по отношению к кому-либо из окружения, непротиворечиво поддерживаемый активностью в сферах межличностных отношений и бытовых обязанностей. Проявления активности в сфере неформального общения в группе ПД у 9 пациентов составляют 30%, в сфере ухода за внешним видом у 5 пациентов составили 16,6%. В обыденной жизни данная модель поведения описывалась бы как разочарование и неудовлетворенность в текущих обстоятельствах (психотравма с отрицательным когнитивным контентом и гипотимией) и потребностью формирования нового позитивно привлекательного стиля поведения и отношений путем актуализации гедонической активности.

На основании представленного анализа депрессивных пациентов и описательных характеристик

стокгольмского синдрома можно провести определенные сравнительные параллели (таблица 2).

Таблица 2. Сопоставление психологических характеристик жертв с наличием стокгольмского синдрома и депрессивных пациентов

Характеристики состояния	Жертвы с наличием стокгольмского синдрома	Пациенты в состоянии неглубокой депрессии
Ситуация эмоционального напряжения гипотимного спектра	да	да
Определенное время для осознания ситуации	да	да
Сохраняется когнитивная и физическая активность	да	да
Формирование позитивной эмоции в контексте психотравмы	да	да
Содержание переживаний как позитивные и личностно привлекательные	да	да
Эмоционально-когнитивная сфера вне психотического «расщепления»	да	да
Распространенность в группе	8% – 27%	В зависимости от сфер ГА 50% – 30% – 16%
Адаптивный механизм	да	да
Принципиальные противоречия по характеристикам и условиям развития состояния	нет	нет

В результате проведенного исследования были рассмотрены и проанализированы некоторые не-принципиальные отличия психологических характеристик членов обследованных групп: а) у заложников полная зависимость от ситуации; у пациентов нет такой полноты зависимости; б) у заложников направленность позитивного отношения прямо ассоциируется с террористом; у пациентов спонтанное проявление индивидуально обусловленной ГВ и ГА фиксировано на различных объектах или сферах; в) наличие позитивной эмоции восприятия захватчика у заложников способствует сохранности психического состояния в стрессовой ситуации, но не способствует формированию мотивации к освобождению; у пациентов актуализация ГВ и ГА имеет более однозначный позитивный адаптирующий эффект с возможностью изменить ситуацию.

Прямое обследование заложников в ситуации захвата или в предшествующий период представляется по понятным причинам невыполнимой за-

дачей для изучения особенностей их психологической защиты и компенсаторных возможностей эмоциональной сферы. В связи с этим для сравнительного анализа нами был применен метод аналогий с исследованием контингента пациентов с различными депрессивными состояниями.

Исследованию способствовал ряд предшествующих обстоятельств, связанных с первоначальным изучением компенсаторных механизмов депрессивных пациентов, дальнейшим поиском их места в психопатологической картине депрессивных состояний. Выбор метода определялся также значительным сходством по главным характеристикам объектов сравнения. При сопоставлении обе группы имеют сходство по обстоятельствам развития состояния, по качеству эмоциональной реакции на травмирующую ситуацию. Состояния характеризуются способностью в ряде случаев к актуализации личностного позитивного компонента восприятия в контексте общей негативно окрашенной эмоциональной ситуации.

Данная особенность проявляется в форме определенной позитивно окрашенной активности в сфере личностной привлекательности. Состояние психики в обеих группах пограничного регистра без признаков когнитивных и психотических нарушений, характеризуется «условно адаптивным» поведением при стокгольмском синдроме и «безусловно позитивным адаптивным» поведением при депрессиях различного генеза.

Заключение

Распространенность стокгольмского синдрома у заложников и проявления гедонической активности у пациентов с неглубокой ситуационной депрессией сопоставимы по частоте проявления, учитывая варианты индивидуальных особенностей, обстоятельства их проявления и серьезность психотравмы.

Случай Патрисии Херст с последующим развитием посттравматического стрессового расстройства требует отдельного анализа как по причине отставленного по времени эффекта проявления травматизации, так и при неопределенности предшествующих этому обстоятельств ее террористической активности и соответствующего эмоционального состояния. Необходимо уточнение, о каких причинно-следственных отношениях идет в этом случае речь, и насколько такой исход характерен для переживших стокгольмский синдром.

Можно надеяться, что дальнейшие исследования в данном направлении в рамках психолого-психопатологического анализа механизмов формирования стокгольмского синдрома будут способствовать более полному представлению об этом феномене. Перспективным, на наш взгляд, может быть исследование этнокультурной специфики

проявлений данного синдрома в различных регионах и культурах с позиций этнофункциональной методологии в психологии и психиатрии (Сухарев, 2022).

Выводы

1. Феномены актуализации гедонического восприятия или активности являются эмоциональной основой бессознательного формирования позитивного отношения к объекту восприятия.
2. Сравнительный анализ показал сходство основных характеристик формирования синдромов у заложников и у пациентов с неглубокой ситуационной депрессией. На основании этого можно предполагать у них общие механизмы формирования психологической защиты.
3. Проявление феномена позитивного отношения к объекту восприятия в структуре неглубоких депрессивных состояний различной природы носит компенсаторный антидепрессивный характер и в максимальной степени проявляется при ситуационных депрессиях.
4. Актуализация гедонического восприятия или активности не является характерной для всех пациентов в ситуации депрессии, проявляется избирательно в зависимости от их личностных особенностей.
5. Принимая во внимание адаптирующую функцию подобного механизма психологической защиты у пациентов с неглубокой ситуационной депрессией, можно предполагать меньшую травматизацию психики у заложников во время ситуации захвата и более благоприятный прогноз психического состояния в отдаленном периоде после освобождения.

Литература:

1. Головина Е.П., Степанов И.Л. Оценка степени редукции депрессивного аффекта на госпитальном этапе на фоне проводимой стандартизированной психофармакотерапии // XVI Всероссийская школа молодых психиатров. Сборник тезисов. Суздаль, 2023. С. 212–215.
2. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
3. Куликов В. Пострадавших в Беслане охватил «стокгольмский синдром» // Российская Газета. 2005. URL: <https://rg.ru/2005/06/16/kulaev.html> (дата обращения: 12.02.2025)
4. Ляхов П. Спецназ спас заложников от любви к Бараеву // Утро.ру. 2002. URL: <https://utro.ru/articles/2002/12/02/114276.shtml?ysclid=m8ra0y6s5g997128695> (дата обращения: 12.02.2025)
5. Снедков Е.В., Лемешев И.В. Аффективные расстройства: учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.
6. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии): дисс. ...док. мед. наук. Москва, 2004 а.
7. Степанов И.Л. Прогностическое значение особенностей ангедонии в клинической картине и социально-психическом функционировании больных депрессиями. // Социальная и клиническая психиатрия. 2004 б. Т. 14. № 4. С. 27–31.

8. Степанов И.Л. Диагностика и структурные особенности ангедонических нарушений больных депрессиями // Социальная и клиническая психиатрия. 2004 в. Т. 14. № 1. С. 44–51.
9. Степанов И.Л., Козлов Б.Е. Личностные и психопатологические характеристики пациентов с аффективными расстройствами как предикторы затяжного течения депрессивного эпизода // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32. № 3. С. 19–26.
10. Сухарев А.В. Концепция этнофункционального синтеза хаоса и космоса: философские основания и перспективы применения в психологии // Ученые записки Института психологии Российской академии наук. 2022. Т. 2. № 4. С. 15–28.
11. Chapman L., Chapman J., Raulin M. Scales for Physical and Social Anhedonia // Journal of Abnormal Psychology. 1976. Vol. 85(4). P. 374–382.
12. De Fabrique N.D., Romano S.J., Vecchi G.M., Van Hasselt V.B. Understanding Stockholm Syndrome // Journal FBI Law Enforcement Bulletin. 2007. Vol. 76(7). P. 10–15.
13. Fuselier G.D. Placing the Stockholm Syndrome in Perspective // The FBI Law Enforcement Bulletin. 1999. P. 22–25. URL: <https://www.thefreelibrary.com/Placing+the+Stockholm+Syndrome+in+perspective.-a055343321> (дата обращения 12.02.2025)
14. Graham D.L.R., Rawlings E.I., Ihms K., Latimer D., Foliano J., Thompson A., Suttman K., Farrington M., Hacker R. Scale for Identifying «Stockholm Syndrome» Reactions in Young, Dating Women: Factor Structure, Reliability, and Validity // Journal Violence and Victims. 1995. Vol. 10(1). P. 3–22.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE OF HOSTAGES WITH STOCKHOLM SYNDROME AND DEPRESSIVE PATIENTS

© Igor L. Stepanov

Medicine Doctor, Head of the Department of Affective Spectrum Disorders, V.P. Serbsky National
Medical Research Center for Psychiatry and Narcology,
Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
stigl2006@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-8308-9236

The article examines the results of a comparative analysis of the psychological protection of hostages with Stockholm syndrome, patients with various types of depressive disorder, and a control group of healthy people. The main attention is paid to the problem of the paradoxical formation of a positive emotional attitude of some victims towards the invaders against the background of their predominance of negative emotions in a life-threatening situation. Based on the results of his own studies of depressed patients in appropriate conditions, the author shows the possibility of involuntary preservation and actualization of a local positive emotional and behavioral complex in patients with shallow situational depressions. An analysis of the compensatory capabilities of the affective sphere of some depressed patients allows us to better understand the mechanisms of formation of psychological protection among victims of a terrorist act.

Keywords: Stockholm syndrome, depression, psychological protection.

REFERENCES

1. Golovina E.P., Stepanov I.L. (2023). Assessment of the degree of reduction of depressive affect at the hospital stage against the background of standardized psychopharmacotherapy // XVI All-Russian School of Young Psychiatrists. Collection of abstracts. Suzdal. P. 212–215.
2. Krasnov V.N. (2011). Affective spectrum disorders. Moscow: Practical Medicine.
3. Kulikov V. (2005). The victims of Beslan were affected by the “Stockholm syndrome” // Rossiyskaya Gazeta. URL: <https://rg.ru/2005/06/16/kulaev.html> (date of access: 12.02.2025)
4. Lyakhov P. (2002). Spetsnaz saved hostages from love for Barayev // Utro.ru. URL: <https://utro.ru/articles/2002/12/02/114276.shtml?ysclid=m8ra0y6s5g997128695> (date of access: 12.02.2025)
5. Snedkov E. V., Lemeshev I. V. (2017). Affective disorders: a teaching aid. St. Petersburg: Publishing house of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov.

6. *Stepanov I.L.* (2004 a). Anhedonia as a diagnostic, prognostic and maladaptive factor in various types of depression (phenomenology, dynamics, principles of therapy): diss. ... doc. med. sciences. Moscow.
7. *Stepanov I.L.* (2004 b). Prognostic value of anhedonia features in the clinical picture and social-psychological functioning of patients with depression. // *Social and Clinical Psychiatry*. Vol. 14(4). P. 27–31.
8. *Stepanov I.L.* (2004 c). Diagnostics and structural features of anhedonic disorders in patients with depression // *Social and Clinical Psychiatry*. Vol. 14(1). P. 44–51.
9. *Stepanov I.L., Kozlov B.E.* (2022). Personality and psychopathological characteristics of patients with affective disorders as predictors of a protracted course of a depressive episode // *Social and Clinical Psychiatry*. Vol. 32(3). P. 19–26.
10. *Sukharev A.V.* (2022). The concept of ethnofunctional synthesis of chaos and cosmos: philosophical foundations and prospects for application in psychology // *Scientific notes of the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences*. Vol. 2(4). P. 15–28.
11. *Chapman L., Chapman J., Raulin M.* (1976). Scales for Physical and Social Anhedonia // *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 85(4). P. 374–382.
12. *De Fabrique N.D., Romano S.J., Vecchi G.M., Van Hasselt V.B.* (2007). Understanding Stockholm Syndrome // *Journal FBI Law Enforcement Bulletin*. Vol. 76(7). P. 10–15.
13. *Fuselier G.D.* (1999). Placing the Stockholm Syndrome in Perspective // *The FBI Law Enforcement Bulletin*. P. 22–25. URL: <https://www.thefreelibrary.com/Placing+the+Stockholm+Syndrome+in+perspective.-a055343321> (дата обращения 12.02.2025)
14. *Graham D.L.R., Rawlings E.I., Ihms K., Latimer D., Foliano J., Thompson A., Suttman K., Farrington M., Hacker R.* (1995). Scale for Identifying «Stockholm Syndrome» Reactions in Young, Dating Women: Factor Structure, Reliability, and Validity // *Journal Violence and Victims*. Vol. 10(1). P. 3–22.