

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»
Факультет психологии

На правах рукописи

Стрельникова Юлия Юрьевна

**СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ
ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ**

19.00.03 – Психология труда, инженерная психология, эргономика

Диссертация на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Научный консультант:

Заведующая кафедрой психологии
кризисных и экстремальных ситуаций
СПбГУ, Почетный работник высшего
профессионального образования РФ,
доктор психологических наук, профессор
Н.С. Хрусталева

Санкт – Петербург

2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ КАК СУБЪЕКТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ.....	20
1.1 Теоретический анализ психологической специфики профессиональной деятельности экстремального профиля и подходов к ее изучению.....	20
1.1.1 Методологические и теоретические подходы к психологическому изучению деятельности экстремального профиля	20
1.1.2 Характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных профессиям пожарно-спасательного профиля.....	30
1.1.3 Психологическая специфика деятельности правоохранительных органов	35
1.1.4 Характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных локальным вооруженным конфликтам.....	42
1.2 Психология личности как субъекта профессии экстремального профиля.....	47
1.2.1 Основные подходы к изучению личности в отечественной и зарубежной психологии	47
1.2.2 Мотивационная сфера личности специалистов профессий экстремального профиля .	57
1.2.3 Психическая адаптация и дезадаптация личности в условиях профессионального стресса и боевой психической травмы.....	67
1.2.4 Особенности боевой психической травмы и личностных изменений у комбатантов ..	79
1.2.5 Особенности личностных изменений специалистов профессий пожарно-спасательного профиля	102
1.3 Методы психологической профилактики, реабилитации и коррекции стрессовых расстройств у специалистов профессий экстремального профиля.....	108
1.3.1 Психологическая профилактика, реабилитация и коррекция негативных последствий участия в ликвидации ЧС антропогенного и природного характера	108
1.3.2 Психотерапевтический и психофармакологический аспекты лечения посттравматических стрессовых расстройств у специалистов профессий экстремального профиля	115
Заключение по главе.....	124

ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ (ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ, МОДЕЛЬ) ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ.....	127
Заключение по главе.....	147
ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ, НАПРАВЛЕНИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .	151
3.1 Организация, направления и объем исследования.....	151
3.2 Методы исследования.....	156
3.3 Математико-статистическая обработка результатов	169
Заключение по главе.....	172
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СОТРУДНИКОВ ОВД ПОД ВЛИЯНИЕМ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ...	173
4.1 Специфика психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ОВД в процессе длительной профессиональной деятельности в мирных условиях.....	173
4.2 Последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции на территории Чеченской Республики.....	184
4.2.1 Динамика психологических и соматических изменений у сотрудников ОВД в течение 1 года после возвращения из зоны вооруженного конфликта.....	184
4.2.2 Психологические особенности комбатантов и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях	201
4.2.3 Психологические последствия профессиональной деятельности у комбатантов в сравнении с не воевавшими сотрудниками ОВД.....	210
4.3. Зависимость последствий участия в боевых действиях от влияния различных психологически значимых факторов.....	223
4.3.1 Мотивация участия в контртеррористической операции и ее влияние на выраженность психологических и соматических последствий	223
4.3.2 Подготовленность к действиям в боевых условиях и ее влияние на выраженность психологических последствий	237
4.3.3 Психологические последствия пролонгированного воздействия боевого стресса	251
4.3.4 Отдаленные психологические и соматические последствия длительного воздействия факторов боевой обстановки	260

4.4 Типы психологических последствий участия в КТО в различные сроки реадaptации комбатантов к мирной жизни	271
4.4.1 Типы адаптационного стрессового реагирования и личностных изменений комбатантов ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни	271
4.4.2 Типы адаптационного стрессового реагирования и личностных изменений комбатантов ОМОН в различные сроки реадaptации к мирной жизни	287
Обсуждение результатов и заключение по главе	300
ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СОТРУДНИКОВ ФПС МЧС РОССИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СТРЕСС-ФАКТОРОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	
5.1 Специфика психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ФПС МЧС России в процессе длительной профессиональной деятельности.....	319
5.2 Психологические и соматические последствия профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России в сравнении с участниками контртеррористической операции.....	332
5.3 Зависимость последствий деятельности в экстремальных условиях от влияния различных психологически значимых факторов	343
5.3.1 Мотивация сотрудников ФПС МЧС России к деятельности в экстремальных условиях и ее влияние на выраженность психологических и соматических последствий.....	343
5.3.2 Психологические и соматические последствия участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности у сотрудников ФПС МЧС России.....	358
5.3.3 Динамика психологических и соматических изменений у сотрудников МЧС России в течение 1 года после участия в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.....	367
5.3.4 Психологические и соматические последствия, возникающие у специалистов профессий экстремального профиля под воздействием факторов ЧС антропогенного и природного характера	381
5.4 Типы психологических и соматических последствий, возникающие у сотрудников ФПС МЧС России в процессе профессиональной деятельности.....	390
Обсуждение результатов и заключение по главе	401
ГЛАВА 6. СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ	
	416

6.1 Структурные модели личностных изменений и соматической заболеваемости участников вооруженных конфликтов	416
6.2 Структурные модели личностных изменений и соматической заболеваемости сотрудников ФПС МЧС России.....	438
6.3 Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля	448
Обсуждение результатов и заключение по главе	454
ГЛАВА 7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЛИЧНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ СОТРУДНИКОВ МЧС РОССИИ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	
Обсуждение результатов и заключение по главе	476
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	479
ВЫВОДЫ	496
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	503
ЛИТЕРАТУРА	506
Список сокращений.....	560
Приложение 1 Программа краткосрочной групповой психологической коррекции психосоциальных составляющих личностной структуры сотрудников МЧС России, принимавших участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.....	561
Приложение 2 Методика оценки социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (по В.А.Корзунину, П.А.Зиборовой).....	573
Приложение 3 Исследование тонуса вегетативной нервной системы.....	579
Приложение 4 Анонимная анкета для выявления субъективного мнения участников об эффективности психокоррекционной программы	582

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Несмотря на широкую изученность психологических особенностей профессий экстремального профиля, в современных условиях остаются актуальными научные исследования, посвященные последствиям влияния на специалистов опасной для жизни деятельности, в связи с непрекращающимися вооруженными конфликтами, террористическими актами, техногенными и природными катастрофами. В частности, большое внимание негативным последствиям боевого стресса уделено в трудах отечественных (В.М. Бехтерев, 1915; В.А. Гиляровский, 1946; М.М. Решетников, 1991; С.В. Литвинцев, 1994; Б.В. Овчинников, 1995; С.В. Чермянин, 1997; Е.В. Снедков, 1997; А.Г. Караяни, 1998; А.А. Стрельников, 1998; Н.В. Тарабрина, 2008 и др.) и зарубежных авторов (R. Leopold, 1963; C. Levy, 1971; P. Bourne, 1972; Ch. Figley, 1978; J. Wieson, 1978; M. Horowitz et al., 1980; K.G. Prigerson, 2001 и др.). Последствиям крупномасштабных катастроф посвящены работы Ю.А. Александровского (1989), А.М. Никифорова (1994), Е.Д. Хомской (1995), В.В. Нечипоренко (1996), В.К. Шамрея (1997), Г.М. Румянцевой (1998), А.Г. Абдуллина (2006), С.С. Алексанина (2007), F. Allodi (1985), В.L. Green (1989), L. Weisaeth (1994) и др. Негативные последствия экстремальных условий деятельности рассмотрены в исследованиях В.И. Дутова (1993), А.Г. Маклакова (1996), Е.В. Снедкова (1997), М.В. Леви (2000), В.Л. Марищука (2001), В.И. Евдокимова (2001), Н.В. Тарабриной (2008), и др. Проблемы сохранения здоровья и надежности профессиональной деятельности, психической саморегуляции и преодоления профессионального стресса отражены в работах Г.С. Никифорова (1979), В.И. Медведева (1982), А.Б. Леоновой (1984), Л.Г. Дикая (1991), В.А. Бодрова (1995), В.Ю. Рыбникова (2000), А.А. Благинина (2005), Н.Е. Водопьяновой (2014) и др.

Тем не менее, отдельные теоретико-методологические проблемы личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля остаются либо недостаточно изученными, либо дискуссионными. К числу таких проблем, в частности,

относятся потребность в выявлении прогностических факторов (профессиональных, социальных, психологических, соматических), способствующих и препятствующих развитию дезадаптации, необходимость прогностической оценки состояния здоровья сотрудников органов внутренних дел (ОВД) и МЧС России в ранний и отдаленный период после участия в контртеррористической операции (КТО), ликвидации крупномасштабных пожаров, с учетом специфики (интенсивности, сложности, длительности) выполняемых ими задач. Существует необходимость разработки дифференцированных психокоррекционных программ для реабилитации участников ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) антропогенного и природного характера.

С позиции системно-динамического подхода весь спектр психологических последствий деятельности экстремального профиля должен рассматриваться в виде этапов адаптационной стратегии организма, в контексте целостного понимания личностных изменений в разные возрастные периоды и этапы профессионального становления, в чрезвычайных ситуациях, а также во время повторной реадaptации к обычным (мирным) условиям существования. Последствия воздействия стрессовых и психотравмирующих факторов могут протекать как по физиологическому, так и по патологическому направлениям, и анализироваться с позиций психической нормы, пограничных или клинически выраженных расстройств. Направленность и структура психологических последствий деятельности экстремального профиля обуславливается интенсивностью, сложностью и длительностью воздействия психогенных факторов, уровнем физической и психологической подготовленности профессионального контингента, мотивационно-нравственными установками, наличием преморбидной дисгармонии и личностными особенностями специалистов (психофизиологическими, конституциональными, адаптационными и др.). В современной науке для описания психолого-психиатрических последствий воздействия на человека экстремальных факторов используют понятия «стресс» (Г. Селье, Р. Лазарус, Л.А. Китаев-Смык, Ф.И. Березин и др.), «посттравматический стресс», «боевое утомление», «боевой стресс», «боевая психическая травма» (С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Н.В. Тарабрина, Л.А. Китаев-Смык, А. Kardiner, M. Horowitz, K. Schneider, Van der Kolk и др.). Эти категории включают в себя, с одной стороны, понятия гомеоста-

за и адаптации, с другой – дисбаланса, дезадаптации, психической и соматической патологии. Стресс-факторы запускают механизм психической адаптации, активность которой обеспечивается взаимодействием биологического, психологического и социального уровней организма. Если стрессовое воздействие нарастает, то прогрессирует и объем защитно-компенсаторных приспособительных реакций в рамках общего адаптационного синдрома. Достигнув индивидуального адаптационного барьера, резервные возможности психофизиологических и социально-психологических механизмов истощаются, что приводит к развитию нервно-психических расстройств (непсихотического и психотического типов) и психосоматических заболеваний.

Таким образом, профессиональные стрессоры, с одной стороны, являются пусковым условием адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, с другой – ситуационно-психогенные и личностные факторы, являются предикторами психической дезадаптации, вариантами которой выступают расстройства адаптации, острое (ОСР) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Личностные особенности существенно влияют на когнитивную оценку ситуации (ее смысловое восприятие как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей), во многом определяют тип эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и результативность адаптационных процессов, как в период ЧС, боевых действий, так и в различные сроки реадаптации к обычной (мирной) жизни. Разнообразие последствий профессиональной деятельности экстремального профиля не ограничиваются развитием у специалистов ОСР или ПТСР, он, безусловно, шире, включает большое число адаптационных (донозологических) форм и требует дальнейших комплексных и междисциплинарных исследований.

Степень разработанности проблемы. К настоящему моменту опубликовано большое число научных работ, посвященных негативному воздействию экстремальных факторов ЧС на здоровье специалистов профессий экстремального профиля и гражданского населения. В частности, большой вклад в разработку психологических и клинических проблем (эпидемиологии, этиологии, динамики, диагностики, терапии) ПТСР у участников боевых действий, пожарных, спасателей, жертв насилия, катастроф, больных с угрожающими жизни заболеваниями, беженцев внесли иссле-

дования А.П. Самонова (1982), Е.В. Снедкова (1997), А.А. Стрельникова (1998), М.В. Леви (2001), Х.Б. Ахмедовой (2004), Н.В. Тарабриной (2008), Ж.Ч. Цуциевой (2010) и др. «Посттравматический невроз выживших» у ветеранов Вьетнама описал R. Leopold (1963), «военный травматический невроз» – С. Levy (1971) и P. Bourne (1972), «постэмоциональный синдром» – Y. Poiso (1976); ПТСР (PTSD) – Ch. Figley (1978), J. Wieson (1978), M. Horowitz et al. (1980). Однако, в литературе встречаются лишь единичные работы, в которых упоминается о частично позитивном влиянии боевого стресса на отдельных участников вооруженных конфликтов. Так, Е.В. Снедков (1997) и А.П. Сложеникин (2009) считают, что боевой опыт у некоторых ветеранов приводит к успешной психической, профессиональной и социальной адаптации. Р.В. Кадыров (2005) и А.Н. Зеянина (2013) описывают комбатантов, которых отличает высокий уровень оптимизма, независимости, активности и мотивации достижения. По данным М.М. Решетникова (2011), для некоторых ветеранов характерен рост самоуважения, уровня притязаний и физической выносливости. С.А. Иващенко (2003) выявила спасателей МЧС России с длительным служебным стажем, которые характеризуются адекватной психической адаптацией, эмоциональной стабильностью и фрустрационной толерантностью. Таким образом, можно констатировать, что экстремальный профиль деятельности лишь у части специалистов приводит к негативным последствиям. Последние не сводятся только к клиническим проявлениям, требующим немедленной госпитализации или увольнения сотрудника, чаще всего изменения имеют адаптивный или пограничный характер в виде дисбаланса противоречивых личностных тенденций, несовершенной социальной и профессиональной адаптации, сочетающихся с диссимуляцией и отрицанием необходимости обращения за психологической помощью. Многие исследователи (Е.В. Снедков, 1997; Ю.А. Александровский, 2000; Е.О. Александров, 2001; Н.В. Тарабрина, 2012 и др.) утверждают, что посттравматические личностные изменения полностью не описываются диагностическими критериями МКБ-10 под рубрикой F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», а также не сводятся к акцентуациям и психопатиям. В зарубежной терминологии (С.С. Classen et. al., 2006) подобные изменения называют посттравматическими личностными расстройствами

(posttraumatic personality disorder – РТРО). Е.В. Снедков (1997) обосновывает представление о «дефензивно-эпилептоидном изменении личности» и рассматривает последнее в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Н.В. Тарабрина (2008) описывает симптомокомплекс, взаимосвязанный с клинической картиной ПТСР (высокий уровень дистресса, депрессии и иной психопатологической симптоматики, повышенная личностная тревожность и старший возраст). С.А. Колов (2009) выявил у ветеранов боевых действий особый личностный тип, формирующийся на основе повышенной агрессивности с элементами эмоционально-неустойчивого, импульсивного, параноидного подтипов и диссоциального личностного расстройства.

Таким образом, остается дискуссионным вопрос о критериях разграничения типов последствий деятельности экстремального профиля, включающих различные варианты личностных изменений в пределах психологической нормы, классификации этих типов по направленности (негативные – позитивные), времени возникновения (ранние – отдаленные) и специфичности (профиль деятельности и тип ЧС). Анализ специальной литературы показывает, что большинство исследований этой проблемы сфокусировано либо на ранних (В. Halliwell, Е.С. Caroll, 1994; Е.Ю. Епутаев, 2003; Р.В. Кадыров, 2005; С.И. Волков, 2007; Е.Г. Ичитовкина с соавт. 2013 и др.), либо на отдаленных (Boulander et al., 1986; В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey, 1989; Е.О. Александров, 2001; С.А. Колов, 2007; А.В. Остапенко, 2007 и др.) негативных личностных изменениях; при этом практически отсутствуют комплексные лонгитюдные (Ch. Figley, 1986; R.A. Kulka et al., 1990; Е.В. Снедков, 1997) и междисциплинарные исследования в данной области. Авторы также расходятся во мнениях относительно предельной длительности участия в вооруженных конфликтах, детерминирующей развитие посттравматических нарушений. Например, П.Т. Лысиков (2000) считает критическим сроком пребывания офицеров в боевых условиях 45-50 суток, И.В. Соловьев (2000) – 90-100 суток. Остается открытым вопрос личностных предпосылок, оказывающих модифицирующее влияние на характер психологических и соматических последствий. В доступной научной литературе не удалось обнаружить работ, описывающих взаимосвязь мотивации специалистов с негативными и позитивными

последствиями опасной для жизни деятельности, а также исследований, посвященных сравнительному анализу кратковременного воздействия боевого стресса и длительного профессионального стресса в мирных условиях, неспецифических и специфических последствий чрезвычайных ситуаций. Анализ современной литературы также показал отсутствие разработанной структурно-динамической модели личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля, обусловленных действующими во времени прогностическими факторами.

Цель исследования: разработать концептуальные основы и эмпирически обосновать структурно-динамическую модель личностных изменений – адаптационных типов последствий деятельности экстремального профиля, детерминированных комплексом действующих во времени профессиональных, а также возрастных, социальных факторов, опосредованных психологическими (мотивационными, эмоционально-волевыми, когнитивными, типологическими) и биологическими индивидуальными особенностями специалистов.

Для достижения данной цели в работе были поставлены следующие **задачи:**

1. Обосновать концептуальные основы (теоретическую концепцию, модель) личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля, осуществив теоретико-методологический анализ различных направлений исследований в области психологии личности как субъекта опасной для жизни деятельности и обобщив выявленные предпосылки (факторы, условия и механизмы формирования) негативных последствий.

2. Выявить и сопоставить последствия деятельности экстремального профиля (ранние, отдаленные, специфические, неспецифические) у сотрудников МВД и МЧС России в зависимости от динамических (действующих во времени) внешних (профессиональных, социальных) и внутренних (психологических, биологических) факторов.

3. На основе результатов эмпирического исследования выявить личностные предпосылки, оказывающие модифицирующее влияние на различные типы ранних и отдаленных психологических последствий опасной профессиональной деятельности.

4. Разработать и эмпирически обосновать структурно-динамическую модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля.

5. Разработать программу краткосрочной групповой психологической коррекции психосоциальных составляющих личностной структуры специалистов профессий экстремального профиля, направленную на профилактику развития негативных последствий участия в ликвидации ЧС, и оценить ее эффективность.

6. Обосновать рекомендации по психологической профилактике и коррекции негативных последствий участия в ликвидации ЧС (антропогенного и природного типов), по совершенствованию профессионального и предэкспедиционного психологического отбора, длительности спецкомандировок в район проведения контртеррористической операции.

Предмет исследования: личностные изменения специалистов профессий экстремального профиля в зависимости от комплекса динамических (действующих во времени) профессиональных, психологических, социальных и биологических факторов.

Объект исследования: специалисты профессий экстремального профиля деятельности (сотрудники органов внутренних дел МВД России, в том числе участники контртеррористической операции, сотрудники Федеральной противопожарной службы МЧС России, курсанты Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России, участвовавшие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций).

Гипотезы исследования:

1. Психологические последствия деятельности экстремального профиля детерминируются динамическим (изменяющимся во времени) комплексом профессиональных, возрастных и социальных факторов, которые приводят к усилению или ослаблению психотравмирующего воздействия; при этом роль медиаторов (посредников) играют индивидуально-психологические и биологические особенности специалистов.

2. Ранние и отдаленные психологические последствия воздействия на специалистов профессий экстремального профиля психотравмирующих стрессоров высокой интенсивности, разной степени сложности и длительности имеют как неспецифические, так и специфические особенности, и проявляются в виде донозологических типов (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных, пограничных), отра-

жающих различные этапы (уровни) в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

3. У специалистов профессий экстремального профиля целесообразно проводить психологическую коррекцию психосоциальных составляющих личностной структуры и затруднений адаптации с учетом выявленных последствий опасной для жизни деятельности.

Методы исследования: теоретический анализ отечественных и зарубежных литературных источников по теме исследования, биопсихосоциальный, феноменологический, нормо- и патоцентрический подходы, клинико-психологический и психодиагностический методы, одномерные и многомерные методы математико-статистической обработки эмпирических данных, количественный, качественный анализ и содержательная интерпретация полученных результатов. Клинико-психологический метод реализовывался посредством анализа медицинской документации, клинико-статистических показателей, применения структурированного интервью, анонимного анкетирования, включающего социально-психологические и клинико-психологические характеристики. Психодиагностический метод включал следующие блоки: методы исследования структуры личности и отдельных индивидуально-психологических особенностей, актуального психического состояния, интеллектуально-познавательной деятельности, ценностно-мотивационной направленности личности специалистов, факторов риска психической дезадаптации, стресс-факторов профессиональной деятельности. Он реализовывался с использованием структурированного интервью, стандартизированных, проективных тестов и опросников.

Теоретико-методологическая основа исследования включает совокупность взаимодополняющих подходов, концепций и принципов:

1. Интегративный подход к психологии человека, предусматривающий комплексный междисциплинарный характер исследований, рассматривающий личность как интегральную многоуровневую динамичную систему биологически и социально обусловленных особенностей, психических свойств, процессов, состояний, опыта, отношений, способную формироваться, развиваться и изменяться в процессе деятельности (К.К. Платонов, А.Г. Ковалев, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, Б.Д. Пары-

гин, G.W. Allport и др.), а индивидуальность как совокупность понятий «индивид», «личность» и «субъект деятельности» (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев). Личностный (К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев и др.), деятельностный (А.Н. Леонтьев, А.Т. Асмолов, Б.Ф. Ломов и др.), субъектно-деятельностный (С.Л. Рубинштейн, Е.А. Климов, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский); профессиогенетический (В.А.Бодров), динамический (Л.И. Анцыферова) подходы к психологии труда и личности, теория «ведущих тенденций» личности (Л.Н. Собчик) и системогенеза деятельности (В.Д. Шадриков), постулаты гуманистической психологии о развитии личности в процессе самоактуализации (А. Маслоу, С. Крипнер, Т. Грининг и др.).

2. Биопсихосоциальная парадигма (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, А.А. Ухтомский и др.), психодинамический, нормо- и патоцентрический подходы к личности и болезни (Н.М. Амосов, П.Б. Ганнушкин, В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, и др.), теоретические представления об экзо- и эндопсихике (В.Н. Бехтерев, А.Ф. Лазурский), психической адаптации/дезадаптации и адаптационном потенциале личности (Ю.А. Александровский, Ф.Б. Березин, Л.И. Вассерман, В.И. Медведев, А.Г. Маклаков, С.Т. Посохова, С.Б. Семичов, Ф.З. Меерсон, Ю.Л. Нуллер, М. Перре, и др.), психической саморегуляции и сохранении профессионального здоровья (Л.Г. Дикая, Г.С. Никифоров и др.). Концепции стресса (Р. Лазарус, Г. Селье, Л.А. Китаев-Смык, Ф.И. Березин и др.), принципы коррекционной психологии (А.Е. Личко, А.А. Благинин, Е.В. Змановская, С.Л. Соловьева и др.), дифференциальной психодиагностики (В.А. Бодров, В.Л. Марищук, К.М. Гуревич и др.) и представления о пограничных формах психической патологии (В.А. Гиляровский, Н.Г. Незнанов, В.Я. Семке, Г.К. Ушаков, Б.С. Фролов и др.).

3. Принципы экстремальной психологии, подходы к исследованию проблем посттравматического стресса и боевой психической травмы (С.В. Литвинцев, Е.В.Снедков, Н.В. Тарабрина, Л.А. Китаев-Смык, А. Fontana, L. Kolb, A. Maercker, R.K. Pitman, R. Rosenheck и др.), принципы и теоретические основы организации психологического обеспечения в профессиях экстремального профиля (А.А. Благинин, А.Г. Караяни, М.В. Леви, А.Г. Маклаков, В.Ю. Рыбников, С.В. Чермянин и др.).

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена подробным теоретическим анализом проблемы с опорой на фундаментальные теории отечественной и зарубежной психологии; определением предмета, целей и задач исследования; применением взаимодополняющих методов теоретического и эмпирического исследования, стандартизированных, надежных и валидных психодиагностических методик, адекватных задачам исследования, репрезентативной эмпирической базой, полученной при обследовании различных категорий сотрудников МВД и МЧС России, общая численность которых составляет 756 человек; тщательным количественным и качественным анализом эмпирических данных с использованием методов математико-статистического анализа и моделирования; доказательностью сформулированных положений и выводов, апробацией полученных результатов.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. Выполненное исследование вносит существенный вклад в развитие концептуальных основ прогнозирования, оценки, профилактики и коррекции ранних и отдаленных психологических последствий деятельности экстремального профиля. Впервые на основании теоретических данных и результатов собственного эмпирического исследования обоснована концепция и разработана структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. Интегративный подход, реализованный в исследовании, заключается в дифференцированной оценке трех типов последствий деятельности экстремального профиля: конструктивно-адаптивных (позитивных), неустойчиво-адаптивных и пограничных (негативных), являющихся различными вариантами психологической нормы, но отличающихся наличием и выраженностью признаков личностной дисгармонии, социальной дезадаптации, симптомов постстрессовых нарушений и соматической заболеваемости. Выявлен комплекс динамических профессиональных (разного уровня опасности, интенсивности и сложности), возрастных и социальных факторов, которые прямо или косвенно детерминируют риск возникновения и степень выраженности негативных последствий экстремальной деятельности. Установлены индивидуально-психологические предпосылки (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические), оказывающие на них опосредованное и модифицирующее

(способствующее или препятствующее) влияние. Научную новизну составляют выявленные в работе психологические особенности, опосредующие возникновение соматических (частой и длительной заболеваемости) последствий деятельности экстремального профиля. Впервые осуществлены: анализ последствий кратковременного воздействия на сотрудников ОВД боевого стресса, в сравнении с длительным воздействием профессионального стресса в мирных условиях; выявление взаимосвязи мотивации (участия в КТО и выбора профессии пожарно-спасательного профиля) с негативными и позитивными психологическими последствиями деятельности; определение динамики психологических изменений в различные периоды последствия травмы; выделение неспецифических и специфических (негативных, позитивно-адаптивных) психологических и соматических последствий ЧС у профессионального контингента, лонгитюдно обследованного до и в течение 1 года после участия в боевых действиях и ликвидации ЧС природного характера. Разработана не имеющая прямых аналогов авторская программа краткосрочной групповой психологической коррекции психосоциальных параметров личностной структуры сотрудников МЧС, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС.

Практическая значимость исследования состоит в том, что полученные результаты могут быть использованы для повышения эффективности оценки, прогнозирования, профилактики и коррекции различных типов психологических последствий деятельности экстремального профиля. Обоснованы рекомендации по психологическому отбору (на службу в МЧС, ОВД, в предэкспедиционном периоде для участия в проведении КТО), которые могут учитываться и при проведении медико-психологической экспертизы. Выявлены особенности негативного (пограничного) и неустойчиво-адаптивного типа последствий деятельности в экстремальных условиях. Установлен предельный срок однократного непрерывного пребывания сотрудников ОВД в условиях КТО. Обоснованы рекомендации по динамическому контролю психического состояния, личностных изменений, профилактике ранних и отдаленных негативных последствий участия в ликвидации ЧС (антропогенного и природного характера), срокам проведения психокоррекционных и реабилитационных мероприятий. Предложена и практически проверена программа краткосрочной групповой психоло-

гической коррекции психосоциальных параметров личностной структуры сотрудников МЧС в ранние сроки после ликвидации последствий ЧС. Результаты исследования имеют значение для своевременного выявления группы риска развития постстрессовых состояний, разработки индивидуальных программ диагностики, психологической профилактики и реабилитации профессионального контингента.

Положения, выносимые на защиту:

1. Теоретическая модель формирования адаптивных и дезадаптивных последствий деятельности экстремального профиля представляет собой многокомпонентное образование, отражающее процесс взаимодействия динамических (действующих во времени) ситуационно-психогенных профессиональных факторов и индивидуально-личностных характеристик (биологических, психических процессов и состояний, особенностей и свойств личности), которые детерминируют функциональные возможности индивидуального адаптационного барьера, направленность, тип и характер последствий.

2. Сложность, интенсивность и длительность деятельности экстремального профиля оказывает различное воздействие на специалистов МВД и МЧС России. Длительная (15 и более лет) профессиональная деятельность в мирных условиях вызывает у сотрудников ОВД негативные психологические изменения, сходные с теми, которые происходят под влиянием кратковременного (4-5 месяцев) участия в КТО. Участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности и длительный стаж (более 10 лет) способствуют возникновению у сотрудников ФПС МЧС России, преимущественно, негативных последствий.

3. Негативные психологические последствия возрастают пропорционально суммарной длительности пребывания в условиях КТО и максимально выражены в период от 200-350 суток. Дальнейшее увеличение «боевого стажа» (более 350 суток) приводит к устойчивым адаптивным и позитивным личностным изменениям. Динамика возникновения последствий с момента первого участия в боевой операции имеет прогрессивный (медленно прогрессирующий в сторону нарастания или снижения) и интермиттирующий характер (с чередованием периодов улучшения и

ухудшения состояния), при этом на протяжении критического периода (1,5-3 года) личностные изменения приобретают тенденцию к закреплению.

4. Мотивация выбора профессии, участия в боевых действиях и предварительная подготовленность к проведению КТО являются одними из ведущих факторов, оказывающих модифицирующее воздействие на тип и выраженность психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля.

5. Под влиянием совокупности факторов профессиональной деятельности и экстремальных факторов ЧС антропогенного (боевые действия) и природного характера (наводнение) у специалистов возникают ранние (до 1 года) и отдаленные (1-7 лет) неспецифические (однотипные) и специфические (характерные) психологические и соматические последствия, которые имеют как негативный, так и позитивно-адаптивный характер.

6. В ранний и отдаленный период служебно-боевой деятельности у комбатантов МВД и сотрудников МЧС России наблюдаются сходные типы психологических и соматических последствий: конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные и негативные (пограничные). Варьируемый удельный вес числа специалистов, отнесенных к выделенным типам, определяется совокупностью условий: детерминирующим (прямым и косвенным) динамическим воздействием профессиональных, возрастных, социальных факторов, а также индивидуальными особенностями, оказывающими опосредованное и модифицирующее влияние на тип и выраженность последствий деятельности экстремального профиля.

7. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля представляет собой трехуровневое многокомпонентное образование, включающее: динамические прогностические факторы (профессиональные, возрастные, социальные); особенности и свойства личности (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические, биологические); психологические и соматические последствия, проявляющиеся в виде донозологических типов (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных и пограничных).

8. Реализация программы краткосрочной групповой психологической коррекции достоверно улучшает психосоциальные составляющие личностной структуры

сотрудников МЧС, участвовавших в ликвидации последствий ЧС, воздействуя на следующие «мишени»: информированность в проблеме воздействия ЧС на личность, психологические особенности личности, психическое состояние, донологические симптомы ПТСР, личностные ресурсы психологической резистентности, саморегуляция и самозащита от профессионального стресса.

Апробация и реализация работы. Материалы диссертации отражены в 52 научных публикациях, из них 20 статей в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ и 1 монография. Основные результаты работы апробированы на 31 международных, всероссийских, межвузовских научно-практических конференциях, конгрессах, научных семинарах, учебно-методических сборах специалистов психологической работы МЧС, МВД России, Западного военного округа ВС РФ. Материалы диссертации используются в учебном процессе Санкт-Петербургского Государственного университета (в учебнике «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия»; «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы; агрессия и экстремизм»); Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России (в учебной дисциплине «Психология посттравматического стресса», в учебнике «Безопасность на водных объектах»); в процессе психологического сопровождения курсантов СПб УГПС МЧС России (программа краткосрочной психологической коррекции в постэкспедиционном периоде), в Северо-Западном филиале ГУ «Центр экстренной психологической помощи» МЧС России, в Главном управлении МВД России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Результаты диссертации включены в промежуточный и заключительный отчеты о НИР (2015) «Исследование проблем психологической реабилитации участников боевых действий и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций» (шифр «Сепарация-14») Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (543 источника, в том числе 146 на иностранных языках) и 4 приложений. Основной текст диссертации изложен на 506 страницах, содержит 56 таблиц и 54 рисунка.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ КАК СУБЪЕКТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

1.1 Теоретический анализ психологической специфики профессиональной деятельности экстремального профиля и подходов к ее изучению

1.1.1 Методологические и теоретические подходы к психологическому изучению деятельности экстремального профиля

Профессиональная деятельность, являясь одним из видов социальной деятельности человека, часто образует основную форму активности субъекта, занимая наиболее существенную часть его жизни и играя основополагающую роль в его развитии, формировании мировоззрения, самоутверждении как личности и самореализации в обществе как специалиста. Психологическая специфика профессиональной деятельности обычно рассматривается в аспектах психологии труда и психологии личности, опираясь на следующие методологические подходы: деятельностный (С.Л. Рубинштейн [308], А.Н. Леонтьев [196, 197], Б.Ф. Ломов [206, 207] и др.); личностный (Б.Г. Ананьев [18, 19], К.К. Платонов [275, 276, 277], К.А. Абульханова-Славская [3] и др.); субъектно-деятельностный (С.Л. Рубинштейн [308], Б.Г. Ананьев [18, 19], А.В. Брушлинский [59], Е.А. Климов [148], К.А. Абульханова [4] и др.); профессиогенетический (В.А. Бодров [47, 53, 54, 55, 56]), динамический (Л.И. Анцыферова [26, 27, 28, 29]) и другие. Системный подход реализуется в их совокупности. Б.Ф. Ломов (1981, 1984) внес существенный вклад в психологию профессиональной деятельности, определив основные направления системного подхода к ее изучению: физиологические и анатомические структуры индивида находятся в тесной связи с отражательной, регулятивной и коммуникативной функцией психики, а также играют важную роль в развитии личности и регуляции

деятельности (профессиональной пригодности, работоспособности и др.) [206, 207]. Личностный подход обосновывает роль внутренних факторов деятельности в профессионализации, адаптации и развитии личности. Деятельностный подход определяет причинно-следственные связи и закономерности на разных уровнях процесса деятельности, изучает адекватность ресурсов личности требованиям деятельности, степень мобилизации функциональных резервов психики в экстремальных условиях и т.д. [55]. Согласно субъектно-деятельностному подходу, существует взаимное влияние человека и деятельности, которая носит творческий, самостоятельный характер и понимается как целенаправленная, сознательная, преобразующая активность субъекта по отношению к внешнему миру и к самому себе. В процессе труда происходит развитие личности и приобретаются специфические свойства самоорганизации, саморегуляции, координации психических процессов, состояний и свойств, а также изменение самой деятельности [3, 19, 59, 148, 308].

Л.И. Анциферовой (1980) разработан динамический подход в понимании личности как саморазвивающейся системы, способной к деятельному существованию, трансформации и поступательному развитию (в прогрессивном или регрессивном направлении) в пространстве индивидуально-личностных качеств, возраста, социальных норм и экономических отношений [26, 27, 28]. Л.И. Анциферова (1990) считает, что интеграция личности с настоящим и будущим способствует усилению ее энергетических и смысловых возможностей, переходу на новые уровни развития [28]. В.А. Бодров (2007) обосновал профессиогенетический подход к формированию и развитию личности профессионала в процессе социально-значимой, самостоятельной и творческой деятельности на этапах профессионального становления. В нем предусматривается возможность активного формирования профессиональной пригодности и профессионального развития личности, анализа психологической адаптации к различным видам деятельности, психической регуляции и ресурсного потенциала с учетом профессиональных требований [54]. Ю.Я. Голиков, А.Н. Костин (1996) разработали метод структурно-динамического представления деятельности, в виде иерархической системы сенсорно-перцептивного, образно-концептуального, программно-целевого, личностно-нормативного и интуитивно-

мировоззренческого уровня взаимосвязи между степенью сложности профессиональных функций и психической регуляцией [82]. В.А. Бодров (2008) и Л.Н. Корнеева (1991) подчеркивают, что личностные особенности влияют на успешность и надежность профессиональной деятельности, видоизменяясь в процессе адаптации к ней, а также определяют вектор развития профессионала, обуславливая формирование ответственности, зрелости, удовлетворенности трудом [56, 159].

В отечественной литературе широко представлены материалы теоретического изучения опасных (экстремальных) факторов труда [145, 216, 219, 228, 297 и др.]. В частности, основой изучения психологических особенностей профессии является психологический анализ содержания, средств, условий и организации деятельности, построение профессиограмм и психограмм, а также исследование взаимосвязи характеристик человека и деятельности [55]. Ю.В. Мойкин (1971) указывает, что условия труда характеризуются факторами производственной среды и трудового процесса. Первые отражают гигиенические условия, вторые – специфические особенности характера труда, определяющие требования трудового процесса к человеку [237]. При этом существуют виды деятельности, где интенсивность факторов одной группы существенно выше, чем второй [224]. Например, при интеллектуальном труде интенсивность нервно-психической нагрузки чрезвычайно высока [317]. И.И.Симонова, Р.Р. Даутов (1999) считают, что на первом месте среди неблагоприятных факторов трудового процесса стоит эмоциональное напряжение, возникающее в результате преодоления фрустрирующих ситуаций, при принятии ответственных решений в условиях дефицита времени и информации, а также при наличии личного риска, когда ошибочные действия могут привести к непоправимым последствиям для жизни и здоровья работающих или других лиц [323].

Деятельность в экстремальных условиях является трудно выполнимой для человека, требует готовности к предельному или около предельному напряжению биологических, психофизиологических и психических функций [296]. Общим для особых, экстремальных и сверхэкстремальных условий деятельности является процесс действия экстремальных факторов на субъект труда. Отличие между ними состоит в периодичности, частоте, длительности и интенсивности воздействия, а не в виде экс-

тремальных факторов. *Особыми* являются условия деятельности, сопряженные с эпизодическим действием экстремальных факторов небольшой мощности или высокой осознанной вероятностью их появления, при этом мобилизуются резервные возможности компенсаторного типа, негативные функциональные состояния выражены умеренно и ликвидируются после отдыха. *Экстремальные* условия деятельности характеризуются потенциальным или постоянным действием интенсивных экстремальных факторов, когда резервные возможности организма не предотвращают возникновение выраженных негативных функциональных состояний, требующих восстановительных мероприятий. *Сверхэкстремальные* условия деятельности отличаются реальным постоянным действием экстремальных факторов высокой интенсивности, аварийным подключением резервных возможностей организма, крайней степенью выраженности функциональных состояний, требующих комплексной реабилитации [92].

Поведение личности в экстремальных ситуациях определяется уровнем ее профессиональной, физической и психологической подготовленности, мотивацией, субъективным отношением и пониманием ситуации (оценкой степени экстремальности). По мнению Р.Д. Санжаевой (1997), психологическая готовность человека к экстремальной деятельности является сложным динамическим образованием, результатом сбалансированности аффективного состояния, когнитивных образований, убеждений и поведенческих актов (навыков, устойчивых реакций) и психологических характеристик личности. «Структура психологической готовности представляет собой функциональное многоуровневое образование, включающее мотивационный, ориентационный, операционный, оценочный, регулятивный компоненты, которые трансформируются в зависимости от уровней готовности, особенностей деятельности и др.» [313, С. 323]. В рамках теории психологической подготовки принято различать следующие понятия, описывающие разные уровни психологической готовности к деятельности: 1) психологическая подготовленность – это уровень развития комплекса психологических свойств и особенностей субъекта деятельности, от которых зависит совершенное и надежное выполнение деятельности в экстремальных условиях реализации приобретенного навыка; 2) психологическая

готовность – это интегральная характеристика, объединяющая все уровни психофизиологического состояния субъекта (психологический, психомоторный, вегетативный) в определенный момент времени, способствующее или препятствующее полной реализации всех его возможностей в конкретной экстремальной ситуации;

3) психическая готовность – это кратковременное, динамическое состояние оптимального реагирования, предшествующее выполнению экстремальной деятельности. Наибольшее влияние на состояние готовности оказывают мотивация и психомоторный контроль [296, С. 112-113]. Состояние готовности к экстремальной деятельности сопровождается функциональными состояниями (эмоциональным возбуждением, напряжением, стрессом), которые могут как повышать, так и понижать мобилизационные возможности человека, а также приводить (при длительном воздействии психогенных факторов) к психическим и соматическим изменениям.

Проблема влияния на личность экстремальных условий деятельности рассмотрена в трудах А.Г. Маклакова (1996), В.Л. Марищука, В.И. Евдокимова (2001), А.Б. Леоновой (2004), С.П. Безносова (2004), В.А. Бодрова (2006), Н.В. Тарабриной (2008) и др. Исследования А.Г. Маклакова (1996) показали, что чем больше эмоциональные нагрузки обусловлены факторами угрозы здоровью и жизни, тем более дифференцированы изменения функционального состояния организма и личностных особенностей [215]. В.Л. Маришук и В.И. Евдокимов (2001) доказали, что гиподинамический стресс в условиях сложной и напряженной деятельности (летчики, диспетчеры, операторы и др.) приводит к различным нарушениям со стороны иммунной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, проприорецепции и когнитивных функций [219]. А.Б. Леоновой (2000, 2004) разработана комплексная аналитическая стратегия диагностики, профилактики и коррекции профессионального стресса, система трехуровневой оценки которого включает: причины и последствия стрессогенной ситуации, влияние опосредующих факторов (отношения к ситуации и опыта преодоления стресса), механизмы регуляции адаптационных ресурсов [194, 195]. С.П. Безносовым (2004) обоснован деятельностный, феноменологический и индивидуальный подход к исследованию профессиональной деформации личности сотрудников правоохранительных органов и медицинских работни-

ков [39]. В.А. Бодровым (2006) проведен теоретический анализ современных представлений о сущности психологического стресса, его причинах, механизмах развития, личностной детерминации и регуляции, копинг-стратегиях и др. [51, 52]. Н.В. Тарабриной (2008) проведены исследования психологических последствий воздействия на индивида психотравмирующих внешних и внутренних факторов (боевые действия, пожар, авария на ЧАЭС, рак), одним из которых является посттравматический стресс (ПТС). Проанализированы взаимосвязи понятий «стресс», «посттравматический стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство», на основе которых ПТС выделен в самостоятельную категорию нового научного направления – психологии посттравматического стресса [354]. Поскольку экстремальные условия деятельности имеют в своем составе не только стрессовые, но и психотравмирующие факторы, обуславливая возникновение у части профессионального контингента симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), кратко остановимся на истории развития представлений о психической травме и ПТСР.

Современные представления о психической травме формировались с середины XIX века в трех направлениях: 1) психологическом – с акцентом на травмирующем событии, без его связи с психосоматическим преморбидом (К. Jaspers; К.Schneider и др.); 2) клинко-описательном – с акцентом на клинических симптомах и формах психогений (П.Б. Ганнушкин и др.); 3) патофизиологическом – с акцентом на идеи И.П. Павлова (1935), положенные в основу концепций психогений. Первоначальные зарубежные и отечественные исследования последствий психической травматизации в экстремальных условиях проводились в рамках военной психиатрии. Дж. Да Коста (J.C. Da Costa) описал «возбудимое сердце» у ветеранов Гражданской войны в Америке [430]. Немецкий невропатолог Герман Оппенгейм (H. Oppenheim) в монографии «Травматические неврозы» (1889) подвел итог 20-летним исследованиям посттравматических психических расстройств у комбатантов. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин (E. Kraepelin, 1916) обнаружил у ветеранов Первой мировой войны устойчивые и прогрессирующие расстройства. А. Майерс (1920) описал у французских солдат «снарядный шок», вызванный разрывом снаряда [283]. Американский психиатр Абрам Кардинер (A. Kardiner, 1941)

обосновал психофизиологическую природу симптомов «хронического военного невроза» (фиксация на травмирующей ситуации, уход от реальности, раздражительность, гипертормозимость, склонность к импульсивным и агрессивным реакциям) [470]. Э.Лидерман (E. Liderman, 1944) описал «патологическое горе» у солдат [485]. Р.Гринкер и Дж. Шпигель (R. Grinker, J. Spiegel, 1945) в монографии «Человек в условиях стресса» перечислили симптомы «военного невроза» у военнопленных: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ухудшение памяти, снижение концентрации внимания, симпатическая гиперреактивность, ночные кошмары, фобии, подозрительность и алкоголизм [455]. В 70-х гг. XX века США столкнулось с проблемами дезадаптивного поведения ветеранов Вьетнама, у которых отмечались: «посттравматический невроз выживших» (R. Leopold, 1963); «большая стрессовая реакция» (P. Bourne, 1970) [415]; «военный травматический невроз» (C. Levy, 1971; P. Bourne, 1972); «постэмоциональный синдром» (Y. Poiso, 1976) [283]; «посттравматическое стрессовое расстройство» (Ch. Figley, 1978 [449]; M.J. Horowitz, 1987 [464] и др.), а также высокий уровень семейной дисгармонии, актов насилия, самоубийств, заболеваемости и ранней смертности (E. Lee, F. Lu, 1989) [483]. К. Шнайдер (K. Schneider, 1952) провел феноменологическую дифференциацию состояний, провоцируемых травмой. В. Франкл (V. Frankl, 1959) и В. Нидерлэнд (W. Niderland, 1964) описали «синдром узников концентрационных лагерей» [283]. Л. Этингер и А.Стром (L. Etinger, A. Strom, 1973) выявили у заключенных нацистских лагерей хроническую утомляемость, сниженную концентрацию внимания и сильную раздражительность [444]. С середины 80-х гг. стало очевидно, что проблема постстрессовых состояний комбатантов является для современного общества одной из самых актуальных [113, 446, 461, 478, 504]. А. Эгендорф с соавт. (A. Egendorf et al., 1981) провел сравнительный анализ особенностей адаптации комбатантов Вьетнама и их сверстников, не участвовавших в боевых действиях [440]. Дж. Боуландер с соавт. (G. Boulander et al., 1986) изучил у того же контингента особенности отсроченной реакции на стресс [414]. Ч. Фигли (Ch. Figley, 1986) в монографии «Травма и ее след: изучение и терапия ПТСР» обобщил результаты международных исследований ПТСР у комбатантов и жертв различных форм

насилия над личностью [449]. М. Горовиц с соавт. (M. Horowitz et al., 1987) разработал диагностические критерии ПТСР (PTSD – post-traumatic stress disorder) [464, 465], которые включены в классификационный психиатрический стандарт Американской психиатрической ассоциации DSM–III (Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorder) под рубрикой тревожных расстройств [403, 541]. Т.А. Mellman с соавт. (1992) установил, что среди ветеранов Вьетнама PTSD – наиболее распространенное психическое расстройство, сопровождающееся депрессией, генерализованной тревожностью, фобическими симптомами и паническими реакциями. При этом D.A. Bille (1993) считал, что ПТСР у вьетнамских ветеранов не является «психической болезнью», и его следует рассматривать как психологическую реакцию на сильный стресс. С.Л. Брэдшоу с соавт. (S.L. Bradshaw, 1993) выявил, что у некоторых комбатантов возникают аддиктивные расстройства (чувство удовлетворения от насилия и убийства), связанные с преморбидными и посттравматическими личностными изменениями [283]. После общенациональных исследований послевоенной адаптации ветеранов вьетнамской войны (R.A.Kulka et al., T.M. Keane et al., R.C. Kessler et al.) [471, 472, 473, 478, 479, 480], были уточнены диагностические критерии острого стрессового расстройства (ОСР) и ПТСР в новой редакции классификационного психиатрического стандарта (DSM-IV) [404, 540]. Основное внимание американская научная школа уделяла реакциям (в том числе реакциям адаптации), в отличие от немецкой и русской школы, которые делали акцент на нозологических единицах, включающих симптомы и синдромы.

В нашей стране интенсификация работ по вопросам психической травматизации началась со времен Русско-Японской войны. П.М. Автократов (1906) описал особенности лечения и эвакуации психиатрических больных во время военных действий 1904-1905 гг. [5]. С.А. Преображенский (1917) исследовал психиатрические заболевания воинов и лиц, причастных к военным действиям [285]. Психиатрическими и психосоматическими проблемами комбатантов Первой мировой и Гражданской войн в России занимались В.Н. Бехтерев (1914-1915) [45]; Н.А. Вырубов (1915) [75]; С.А. Суханов (1915) [342]; А.Б. Залкинд (1916) [106]; Н.И. Бондарев (1919) [58]; П.Б. Ганнушкин (1926) [76] и др., в период и после Великой Оте-

чественной войны – Г.Е. Сухарева (1943) [343]; В.А. Гиляровский (1946) [78, 79]; В.А. Гуревич (1947) [89]; В.Н. Мясищев (1948) [241]; Е.К. Краснушкин (1948) [173] и многие др. С этого времени в отечественной военной психиатрии и психологии появилось понятие «отсроченные психогенные реакции», которые часто наблюдались у участников боевых действий.

Мощным стимулом для отечественных научных исследований (с 1960-х гг. по настоящее время) послужило участие военнослужащих и сотрудников других силовых структур в многочисленных боевых действиях по всему миру: в Лаосе, Вьетнаме, Йеменской Арабской Республике, Эфиопии, Египте, Сирии, Мозамбике, Камбодже, Анголе, Афганистане, Ливане, Ливии, Сомали, Югославии, Таджикистане, Дагестане, Чеченской Республике, Южной Осетии и др. Исследования в этом направлении проводили: А.Р. Лурия, 1983 [209]; В.В. Знаков, 1990 [113]; Д.В. Ольшанский, 1991 [263]; С.В. Литвинцев, 1994 [200]; Б.В. Овчинников, 1995 [258]; И.О. Котенев, 1996 [163, 164]; Караяни, А.Г., 1998 [142]; Е.В. Снедков, 1997 [327]; А.А. Стрельников, 1998 [336]; А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, 1998 [216]; В.М. Лыткин, 1999 [211]; Н.В. Короткова, 2000 [160]; Е.А. Крашенинникова, 2001 [176]; П.П. Иванов, 2004 [117]; Е.Г. Косова, 2005 [161]; Р.В. Кадыров, 2005 [131]; Ю.Ю. Стрельникова, 2005 [337]; В.А. Олешко, 2007 [261]; С.А. Колов, 2007 [151]; А.В. Остапенко, 2007 [265]; И.В. Пажильцев, 2007 [272]; Н.В. Тарабрина, 2008 [354]; Е.В. Фролова, 2010 [374]; М.М. Решетников, 2011 [303]; Б.В. Дрига, 2012 [94]; А.Н. Зелянина, 2013 [111] и многие другие. Данные работы позволили установить влияние ситуационно-психогенных и личностных факторов боевого стресса на развитие психологических, психопатологических и патопсихологических последствий у комбатантов. Возникли новые исследовательские проблемы психологического сопровождения и реабилитации участников военных конфликтов [346, 347, 350, 351]. В 1987 г. ПТСР было включено в американский диагностический стандарт (DSM-III) [403]. В отредактированной версии DSM-IV-TR [404], уточнены критерии синдрома, которые также нашли свое отражение в 10-й редакции Международного классификатора болезней (МКБ-10) под рубрикой F4. Введение ПТСР в МКБ-10, в соответствии с которым работают и

отечественные клиницисты, интенсифицировало исследовательские работы в этом направлении, актуальность которых продолжает непрерывно увеличиваться. М.Е. Зеленова (1997) выявила психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ветеранов войны в Афганистане. В.А. Агарков (1999, 2001) исследовал взаимосвязь интенсивности перитравматической диссоциации с выраженностью симптомов ПТСР у того же контингента [7, 9]. С.В. Кравец с соавт. (2001) были проанализированы представления зарубежных психологов о психической травме [170]. Н.В. Тарабриной, Ю.В. Быховец (2007) сравнили параметры ПТС и уровня переживания террористической угрозы у 494 жителей Чеченской Республики, г. Москвы и г. Читы [353]. В работе Х.Б. Ахмедовой (2004) рассмотрены личностные изменения при ПТСР среди мирного населения, пережившего военные действия [33], Ж.Ч. Цуциева (2010) изучила особенности ПТСР у детей – жертв террористических актов [380].

Далее рассматриваются основные психотравмирующие факторы, свойственные профессиям экстремального профиля деятельности.

1.1.2 Характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных профессиям пожарно-спасательного профиля

Федеральная противопожарная служба (ФПС) Государственной противопожарной службы (ГПС) входит в систему Министерства Российской Федерации (РФ) по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России) и выполняет следующие задачи: 1) надзорно-профилактические – мониторинг состояния пожарной безопасности (ПБ) на территории РФ, организация и осуществление государственного пожарного надзора (ГПН), профилактики пожаров, противопожарная пропаганда и обучение населения мерам ПБ; 2) оперативно-тактические – тушение пожаров, проведение аварийно-спасательных работ, спасение людей и имущества при пожарах, координация деятельности других видов пожарной охраны; 3) научно-образовательные – осуществление профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов, методического руководства, координации научных исследований и научно-технического обеспечения в области ПБ; 4) экспертно-правовые – проведение экспертиз, испытаний веществ, материалов, оборудования, конструкций на пожарную опасность; подготовка проектов нормативно-правовых актов РФ, субъектов РФ, МЧС России в области ПБ и организации деятельности ФПС, участие в разработке федеральных целевых программ, технических регламентов, национальных стандартов, норм, правил и других нормативных документов. ФПС МЧС России осуществляет свою деятельность через структурные подразделения центрального аппарата и территориальных органов (региональных центров) МЧС России, уполномоченных решать задачи гражданской обороны по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) в субъектах РФ; органы ГПН; научные и образовательные организации МЧС России; подразделения ФПС, обеспечивающих профилактику пожаров и/или их тушение в организациях, населенных пунктах, закрытых административно-территориальных образованиях, а также в особо важных и режимных организациях (специальные, воинские подразделения), при проведении мероприятий федерального уровня с массовым сосредоточением людей и др. [280].

В соответствии с Федеральным законом РФ № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» от 22.07.2008 пожары классифицируются по виду горючего материала (твердые горючие – А; горючие жидкости или плавящиеся твердые вещества и материалы – В; пожары газов – С; металлов – D; горючих веществ и материалов электроустановок под напряжением – Е; ядерных материалов, радиоактивных отходов – F), по опасным факторам (пламя, тепловой поток, высокая концентрация токсичных веществ, низкая видимость и др.) и сложности тушения пожара. По сложности тушения пожары подразделяют на ранги (номера), определяющие состав сил и средств подразделений пожарной охраны и других служб, необходимых для ликвидации пожара. При низком ранге сложности (№ 1-2) на место пожара выезжают 2-6 отделений, при высоком ранге (№ 3-5) – в ликвидации крупномасштабного пожара участвуют 10-15 отделений [368]. В.И. Дутов (1993) отмечает, что «пожар сопровождается быстро происходящими изменениями, которые могут принять характер непредвиденного события. Большие пожары дополнительно усложняют деятельность сотрудников в связи с необходимостью управлять большими силами и средствами, требующими оперативной, скоординированной и слаженной работы» [95, С. 57].

Экстремальные условия профессиональной деятельности сотрудников ФПС МЧС России складываются из комплекса негативных факторов: 1) ситуационно-психогенных – профессиональной среды (высокая температура, тепловое излучение, перегревание, перепады температуры, значительная концентрация оксида углерода, токсических продуктов горения и термического разложения, пониженное содержание кислорода, высота, низкая освещенность, шум, вибрация, взрывы, электрический ток, обрушение конструкций и др.), трудового процесса (физическая и сенсорная перегрузка, высокий темп работы, прокладка рукавных линий, тушение пожаров в ограниченном пространстве, на морских и речных судах, подвалах, туннелях, подземных галереях, коллекторах инженерных коммуникаций, подвалах жилых домов, ненадежность технических средств защиты, спасение пострадавших, извлечение мертвых тел, ограниченное время для принятия ответственных решений, непредсказуемость текущей обстановки, интенсивная концен-

трация внимания, и др.) и социально-психологических стрессоров (необходимость морального выбора, межличностные конфликты, положение новичка в коллективе и др.); 2) личностных – биологических (обезвоживание организма, тепловой удар, ожоги кожи и дыхательных путей, отравление продуктами горения, диссомния, хронические заболевания в анамнезе и др.) и индивидуально-психологических (идентификация погибшего с собой или своими родственниками, страх боли, ранения, увечья, дезинтеграционный страх, скорбь в связи с потерей сослуживцев, длительное ожидание опасности, вид разрушений, насильственной смерти, предшествующий травматический опыт и др.) [87, 95, 312, 338].

Сотрудники ФПС МЧС России, участвующие в ликвидации пожаров, подвергаются воздействию комплекса токсичных веществ, несмотря на то, что в РФ [284] и США [539] ограничено использование полимерных строительных материалов для внутренней отделки помещений [393, 394]. По данным К. Sumi, Y. Tsuchiya (1971), гибель людей в период и после пожара в 50 % случаев обусловлена воздействием токсичных продуктов горения, в 18 % – ожогами, в 14 % – преморбидно присутствующей сердечно-сосудистой патологией, в 18 % – сочетанным воздействием поражающих факторов (огонь, оксид углерода и др.) [527]. О.Л. Лахман с соавт. (2008) подчеркивает, что суммарный эффект воздействия оксида углерода, диоксида азота, формальдегида, углеводородов (возникающих при горении ДСП, ДВП, горючесмазочных материалов, резины) усугубляет опасность развития токсической энцефалопатии у пожарных [188]. К. Sumi, Y. Tsuchiya (1976) отмечают, что углекислый газ (CO_2) стимулирует дыхание, поэтому в условиях пожара увеличивается вдыхание токсичных продуктов горения, которые вызывают состояние дезориентации, головокружения, тошноты и в течение нескольких минут приводят к потере сознания. Предельно допустимая концентрация CO_2 , которая может переноситься пожарными многократно без отрицательных последствий для здоровья составляет 5000 промилле [528]. Особо опасными с токсикологической точки зрения являются низкотемпературные пожары (до 600°C), в результате которых выделяется широкий спектр канцерогенных веществ (диоксины, бензол, бензапирен, винилхлорид, формальдегид, оксид углерода и др.), обладающих кумулятивными

свойствами и превышающих в 60-100 % случаях предельно допустимые концентрации [120, 451]. В этом плане очень опасен дым горящих свалок и помоек, выезды на тушение которых составляют рутинную работу пожарных подразделений в мегаполисах [156]. Воздействие токсичных соединений (хлористый водород, сероводород, цианистый водород, аммиак, хлороформ, фосген, дифторэтилен, фторводород и др.) происходит на фоне физических нагрузок, высоких температур и низкой концентрации кислорода, способствуя поражению ЦНС и внутренних органов у пожарных, развитию тяжелых форм интоксикации, астеновегетативных, аффективных и диссомнических расстройств [154, 155, 225]. В стрессовой ситуации концентрация адреналина в крови резко повышается, что в совокупности с дихлорэтаном, трихлорэтаном и сероуглеродом может способствовать кардиотоксическому эффекту, развитию острой сердечной недостаточности и внезапной смерти [86]. J.M. Peters (1974), A.W. Musk (1979) с соавт. указывают, что частое вдыхание дыма (в течение длительного стажа службы) обуславливает развитие у пожарных хронических заболеваний дыхательной системы [501, 507]. М.И. Марьин с соавт. (1998) выявил, что в структуре производственного травматизма сотрудников МЧС 74 % составляют травмы костно-мышечной системы, 35 % – токсические отравления, 15 % – висцеральные повреждения, 14 % – ожоги, 4 % – черепно-мозговые травмы (ЧМТ) [222]. D.L. Derry (1978) считает причинами травм пожарных удары о предметы (35,4 %), воздействие продуктов горения (32,4 %), стресса (11,3 %), химических веществ, ионизирующего излучения (3,2 %), обрушение строительных конструкций (2,3 %) [438].

М.В. Вавилов (2003) отмечает социально-психологические особенности деятельности в экстремальных условиях: угроза жизни, здоровью и имуществу, психоэмоциональные нагрузки, дефицит времени, высокий уровень самоорганизации и самоконтроля, высокая ответственность принятия решений, физические барьеры коммуникации [62]. Специфика профессиональной деятельности, повышенная эмоциональная, перцептивная и когнитивная нагрузка способствуют переутомлению, снижению концентрации внимания, скорости переработки зрительной информации, аффективной напряженности, беспокойству, тревожности, раз-

витию депрессивных состояний, соматических заболеваний и нейропсихических расстройств [439, 524]. М.И. Марьин с соавт. (1993) установил, что двухдневный отдых после дежурства не приводит к полному восстановлению работоспособности. У пожарных отмечаются остаточные признаки утомления, эмоциональная напряженность, раздражительность, головная боль и ухудшение двигательной координации [221]. О.Л. Лахман с соавт. (2000) выявил у сотрудников МЧС, участвовавших в ликвидации сложного пожара на ОАО «Иркутсккабель», проявления астеноорганического синдрома, эмоционально-волевых, депрессивных и ипохондрических расстройств разной степени выраженности [187]. В.П. Коханов, В.Н. Краснов (2008) отмечают, что в условиях ЧС наблюдается рост пограничных психических расстройств не столько за счет их классических форм (неврозы, невротозы и психопатоподобные состояния, психопатии), сколько за счет преходящих нарушений на границе «болезни» и «здоровья» [168]. Е.В. Муравицкая (2004) также считает, что широкий спектр психических нарушений у участников и «ликвидаторов» ЧС может расцениваться не как вариант психической патологии, а как этапы защитно-приспособительной стратегии организма и личности [240].

А.Д. Ищенко, Л.А. Коннова (2012) предлагают комплексный подход к минимизации риска развития профессиональных соматических заболеваний сотрудников ФПС МЧС, их защиты от токсического воздействия продуктов горения: применение фармакологической и алиментарной защиты (включение в рацион питания продуктов, способных выводить из организма тяжелые металлы и радионуклиды); использование средств индивидуальной защиты органов дыхания (СИЗОД); проведение деконтаминационных мероприятий после ликвидации пожара, комплексных программ детоксикации и медико-психологической реабилитации пожарных в зависимости от частоты, длительности и характера воздействия экстремальных факторов, а также на основе результатов химического мониторинга здоровья [128].

1.1.3 Психологическая специфика деятельности правоохранительных органов

Служебная деятельность во всех структурах органов внутренних дел (ОВД) требует соблюдения строгой дисциплины, служебной иерархии, повышенной профессиональной ответственности, характеризуется напряженностью труда по показателям интеллектуальных нагрузок, ненормированным рабочим днем, межличностной конфликтностью, а также высоким риском потери здоровья, собственной жизни и опасности для жизни других людей. А.С. Лобзов выделяет, например, следующие особенности правоохранительной деятельности: «объективная сложность оперативно-розыскных задач; невозможность получить исчерпывающую информацию о проблемной ситуации; необходимость принимать решение в условиях неопределенности; функциональная обособленность взаимодействующих лиц; недостаточная нормативная урегулированность совместной деятельности различных служб и др.» [205, С. 42].

Несмотря на то, что перечень психологических особенностей деятельности сотрудников ОВД достаточно широк, в нем можно выделить два основных аспекта: коммуникативный (деловое общение) и виктимологический (угроза жизни и здоровью). Все сотрудники ОВД, независимо от их служебного положения, общаются с различными возрастными, профессиональными, этническими и социальными группами широких слоев общества. По мнению С.П. Безносова (2004), существенное психотравмирующее влияние на сотрудника ОВД оказывает «постоянное негативное общение с преступниками, лицами, ведущими паразитический и аморальный образ жизни, алкоголиками и наркоманами» [39, С.192]. Конфликтность деятельности проявляется при взаимодействии с преступным элементом, в условиях противостояния активному психологическому давлению или провокации. С.П. Безносов (2004) справедливо считает, что от «человека в форме» окружающие «ждут строго определенного поведения – соучастия, поддержки, помощи, защиты. <...> Это требует от сотрудников высокой мобилизации всех своих человеческих ресурсов для выполнения служебных задач, поддержания постоянной готовности ...под постоян-

ным социальным контролем» [39, С.193-195]. Д.В. Ривман также указывает на виктимологические факторы профессии, повышенную вероятность стать жертвой агрессивных действий преступников [304]. Угроза жизни и здоровью (внезапная или постоянная, реальная или мнимая) является пролонгированным стрессором всех профессий экстремального профиля (МВД, МЧС, Минобороны, ФСБ и др.), и может играть роль психотравмирующего фактора, поскольку обязывает специалиста рисковать по долгу службы и всегда идти навстречу опасности. С.П. Безносков (2004) считает, что «это может вызвать повышенную вероятность инстинктивных форм поведения, рискованных вариантов действий», либо привести к потерям личного состава вследствие «привыкания к опасности, снижения способности адекватной оценки собственных возможностей» [39, С.196].

По степени экстремальности все ситуации в системе ОВД делятся на три типа: 1) критические инциденты повседневной правоохранительной деятельности (конфликты, грубое поведение, тревога с охраняемого объекта и др.); 2) решение экстремальных задач (ФСБ, ОМОН, СОБР, группы задержания, оперативники, сотрудники подразделений по незаконному обороту наркотиков и др.) с высокими нагрузками и риском для жизни (личный сыск, задержание преступника, отражение и пресечение нападения, массовых беспорядков и др.) [153, 335]; 3) чрезвычайные ситуации, связанные с деятельностью всех подразделений МВД в условиях стихийного бедствия, катастрофы или ведения военных действий. Они включают обеспечение правопорядка, законности, охрану важнейших объектов, пресечение преступлений и мародерства, оперативное проведение расследований, задержание преступников (т.к. возможны побеги из мест лишения свободы в связи с их разрушением), участие в оказании помощи населению, органам власти, МЧС России и др. [305, 339, 365].

Профессиональная деятельность сотрудников МВД РФ различается по условиям службы, характеру и специфике выполняемых задач [46, 70, 264]. Профилактическая деятельность (участковые инспектора, инспектора по делам несовершеннолетних и т.д.) включает общение с различными слоями населения, выявление потенциально опасных ситуаций, проведение правового воспитания и профилактических бесед с лицами, состоящими на учете, склонных к правонарушениям, изучение их

индивидуальных особенностей и образа жизни. Исследование субкультуры, внутренней организации молодежных групп, участвующих в нарушениях общественного порядка, взаимоотношений в семьях трудных подростков, поиска и использования средств, методов, исправляющих положение и др. Оперативно-розыскная деятельность (уголовный розыск, подразделения по борьбе с экономическими преступлениями и организованной преступностью, оперативно-поисковые, отделы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и др.). Для следственной деятельности (сбор доказательств преступления в условиях психологического противостояния с подозреваемым) необходим широкий кругозор, большой объем знаний и интенсивная мыслительная деятельность. Диспетчерская деятельность связана с получением экстренных сообщений о преступлениях и чрезвычайных происшествиях, изучением криминальной ситуации в районе, обеспечением координации и взаимодействия сил и средств ОВД, подразделений МЧС, организацией работы следственно-оперативных групп по раскрытию преступлений «по горячим следам», использованием оперативных, криминалистических, информационно-поисковых систем в раскрытии преступлений. Административно-надзорная деятельность связана с контролем общественного порядка на дорогах, улицах, транспорте (ГИБДД, патрульно-постовые службы (ППС), дорожно-патрульные службы (ДПС) и др.), выявлением антиобщественных групп несовершеннолетних, задержание лиц, находящихся в розыске, решение административных вопросов, организация движения транспорта и пешеходов в сложных условиях, пресечение агрессивных или угрожающих действий небольших групп людей. Основными задачами отделов вневедомственной охраны (ОВО) являются охрана имущества и материальных ценностей государственной и частной собственности, реализация государственных мер по совершенствованию охраны материальных ценностей, проведение на территории РФ единой технической политики в создании средств охранной сигнализации, их промышленного освоения, контроля качества, тактики применения и эксплуатационного обеспечения [286, 287]. Содержание деятельности ОВО: наблюдение за охраняемыми объектами в условиях изоляции и продолжительной напряженности, применение физической силы, оружия и спецсредств, в случае оказания сопротивления правонарушителем при задержании

[46, 286]. Психологические особенности деятельности: монотонность, ненормированный рабочий день, ночные дежурства, отсутствие отдыха в течение смены, большое количество обязанностей, множество поверхностных контактов с людьми в течение дня и полная изоляция в течение ночи и др. [46, 90]. Экстремальная деятельность, связанная с обеспечением правопорядка и безопасности, в том числе на массовых мероприятиях, в условиях сложной оперативной обстановки, в «горячих точках» на территории России и силовой поддержки оперативных, следственных мероприятий, освобождения заложников, пресечения актов терроризма, деятельности вооруженных групп и др. (ОМОН – отряд мобильный особого назначения; СОБР – специальный отряд быстрого реагирования; ГЗ – группы задержания; специальные подразделения федеральной службы безопасности (ФСБ) и др.). Комплектование в эти подразделения осуществляется на контрактной основе из числа наиболее профессионально и физически подготовленных сотрудников ОВД, поскольку их деятельность носит ярко выраженный боевой характер [100, 291]. Оперативно-служебная деятельность ОМОН включает: обеспечение правопорядка, личной и имущественной безопасности граждан в общественных местах, транспорте; предупреждение и пресечение правонарушений; участие в раскрытии преступлений; использование оружия, боевой техники, спецсредств и средств активной обороны в отношении людей; участие, совместно с другими подразделениями ОВД, воинскими частями внутренних войск, органов ФСБ, Вооруженных сил РФ в борьбе с террористическими, диверсионными, разведывательно-десантными группами. В случае изменения оперативной обстановки силы ОМОН используются за пределами районов их дислокации, в составе оперативно-маневренных групп, отрядов, караулов, сторожевых застав по охране объектов возможного нападения, контрольно-пропускных пунктов (КПП), досмотровых групп (ДГ) и др. [186, 287, 288, 289].

Причины осложнения оперативной обстановки в нашей стране аналитики связывают с кризисными явлениями в социально-экономической и политической сферах, ослаблением в ряде мест конституционных гарантий правовой защиты интересов личности и государства, массовыми акциями силового характера, с обострением межнациональных отношений и местническим сепаратизмом [21]. В связи с

этим значительные по численности группы личного состава ОВД оказались вовлеченными в новый вид правоохранительной деятельности – служебно-боевую, которая приобрела длительный характер, проявляя признаки вооруженной борьбы с многочисленными, хорошо вооруженными и подготовленными формированиями. МВД вынуждено создавать (помимо ОМОН, СОБР и др.) специальные группы для обеспечения правопорядка в регионах межнациональных конфликтов: следственно-оперативные группы, сводные отряды, формируемые из подразделений ОВД различных областей, не подготовленных и не предназначенных изначально к экстремальному виду деятельности в боевых условиях [20, 372]. Поэтому все промахи в работе с сотрудниками, незамеченные в местах постоянной дислокации, здесь влекут за собой ошибки в деятельности и потери личного состава [136, 339].

Многие неудачи спецопераций могут объясняться неопределенностью личной мотивации сотрудников ОВД, психологической неподготовленностью или непригодностью к данному виду деятельности [39, 178]. По результатам психологической экспертизы, проводимой на базе центров психодиагностики (ЦПД) Главного Управления внутренних дел (ГУВД), психологическая неподготовленность к несению службы в экстремальных условиях становится фактором, дестабилизирующим обстановку в «горячих точках» (например, пьянство, грубое обращение, нежелание уважать сложившиеся этнокультурные традиции). Монотонная служба на блокпостах способствует утрате бдительности, появлению иллюзии «безопасности» у сотрудников ОВД, имеющих большой опыт спецкомандировок или в завершающий период перед отправкой домой [129]. В экстремальных условиях детерминантами сохранения здоровья и профессионального долголетия выступают психологические характеристики субъекта труда – профессионально-важные качества (ПВК) сотрудников ОВД: внимание и наблюдательность (способность длительно сохранять устойчивое внимание, несмотря на усталость и посторонние раздражители, распределять его при выполнении нескольких действий, наблюдении за многими характеристиками или большим количеством объектов, подмечать малозаметные детали и изменения в наблюдаемом объекте, и др.); эмоциональная устойчивость, целеустремленность, решительность, смелость, ответственность, дисциплинированность,

бдительность, способность объективно оценить свои силы и длительно сохранять высокую активность, низкая внушаемость; когнитивно-мнестические функции (скорость и эффективность мышления в условиях дефицита времени и информации, способность к прогнозированию, воссозданию зрительного образа по словесному описанию, развитая интуиция, зрительная, моторная, слуховая память и др.); коммуникабельность (умение найти нужный тон, форму общения, в зависимости от психологического состояния и индивидуальных особенностей собеседника); моторные качества (своевременная и адекватная двигательная реакция на неожиданный звук и зрительный стимул); высокие моральные качества (неподкупность, тактичность, толерантность, гуманизм и др.) [46].

Психологической особенностью лиц, идущих на службу в особые и специальные подразделения, является импульсивность, диктующая личности необходимость активной деятельности. Однако служба в регионе Северного Кавказа в большой степени проходит в режиме мирного, хотя и напряженного времени. Такая ситуация требует от сотрудника ОВД выдержки, бдительности, умения не поддаваться на провокации и агрессию со стороны местного населения [67]. М.Г. Кабаков (2000) отмечает, что лучше адаптируются к условиям спецкомандировки сотрудники с чертами эмоциональной неустойчивости (находящейся в пределах нормы), для которых ситуация нестабильности является как бы «естественным фоном». Напротив, лица с ригидными установками адаптируются долго и болезненно, в их поведении проявляется замкнутость, раздражительность по поводу бытовой неустроенности [129]. Чувство перманентной опасности, неустроенный быт и невнимание со стороны командиров становятся детонаторами злоупотребления алкоголем и других психоактивных веществ, с целью снижения накопившегося напряжения, при этом резко снижается самоконтроль, появляется неоправданное чувство превосходства, которое приводит к различным происшествиям, утрате оружия [311]. В.Е. Насиновский считает, что «привычное переживание опасности и констатация того факта, что правовая защита сотрудников в этих условиях не всегда влечет защиту физическую, приводит к обесцениванию в их глазах системы правовых и моральных норм. <...> в этом заключается причина многих чрезвычайных происшествий, влекущих ранения и гибель лич-

ного состава» [248, С. 92]. Местные жители устанавливают неформальные отношения с сотрудниками, склонными к употреблению алкоголя, находящихся в дискомфортном состоянии, чтобы в дальнейшем использовать их в личных целях или в интересах преступных группировок для сбора данных о подразделении, с целью завладения оружием и похищения в качестве заложников [20].

Возможными причинами дезадаптации сотрудников ОВД в экстремальных условиях деятельности могут выступать премоурбидно сформировавшаяся профессиональная деформация личности [39], нарушение межличностных отношений и неблагоприятный морально-психологический климат в коллективах. По результатам анонимного опроса, проведенного А.А. Камышановым (1998) среди личного состава ОМОН ГУВД г. Москвы, невысокую правовую и социальную защищенность отметили 97 % сотрудников; низкий социальный престиж профессии – 80 %; оценивают свой труд как психологически очень тяжелый – более 60 %; снижение настроения, плохое самочувствие, разочарование и потенциальную готовность уволиться из ОВД отметили 60 % опрошенных; нерешенные бытовые и семейные проблемы отмечают более 70 % сотрудников. На невнимание командиров к подчиненным указывают 40 % лиц, на неудовлетворенность расстановкой кадров и организацией службы – 50 % опрошенных. Автором установлено также, что 60 % молодых сотрудников озабочены поиском более высоких заработков, что приводит почти к 80 % смене личного состава в течение 3-х лет. Психологическими причинами увольнений сотрудников являются: сложные межличностные отношения с сослуживцами и непосредственным начальником, жесткий стиль управления, недостаточная компетентность командиров, не имеющих навыков действия в экстремальных ситуациях [136].

Таким образом, успешная деятельность подразделения ОВД в экстремальных условиях, видимо, зависит не только и не столько от технического и организационного обеспечения, сколько от влияния психологических и социальных факторов, тщательного отбора и подготовки сотрудников.

1.1.4 Характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных локальным вооруженным конфликтам

Несмотря на то, что современные боевые действия часто носят локальный характер («горячих точек»), или имеют вид контртеррористических операций (как, например, на территории Чеченской республики), они характеризуются сильным и разноплановым психотравмирующим воздействием, приводящим к возникновению «боевого стресса». По определению И.Б. Ушакова и Ю.А. Бубеева (2005), боевой стресс – это системная многоуровневая реакция человека на воздействие комплекса факторов вооруженной борьбы и сопровождающих его социально-бытовых условий с реальным осознанием высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья [364].

Обобщая результаты многочисленных зарубежных и отечественных исследований, можно констатировать, что боевой стресс – это комплексное понятие, обуславливающее все варианты изменения функционирования личности в ходе выполнения служебно-боевых задач и включающее в себя три группы психотравмирующих факторов: специфически-профессиональных, ситуационно-психогенных, социально-психологических и личностных (биологических и индивидуально-психологических) [13, 63, 333, 367]. К специфически-профессиональным факторам относят стрессоры: сражения (их испытывают участники боя) – угроза жизни, обстрелов, засад, подрывов на минах; массовая гибель, вид трупов и обезображенных тел; применение оружия в условиях визуального контакта, когда видны предсмертные мучения противника [412, 423]; опасной работы (их испытывает личный состав, не участвующий в сражении, но находящийся недалеко от линии фронта); изоляции (на подводных лодках, танках, самолетах и др.); продолжительной работы (у штабных работников и др.); работы с ранеными и мертвыми (у медицинского персонала, членов добровольческих отрядов и др.) [30]. Даже профессионалы, работающие с мертвыми, имеют повышенный риск развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [432]. Во время операции «Буря в Пустыне», лица, в обязанности которых входила регистрация смертей и работа с трупами, имели высокий уровень ПТСР [418, 454]. По данным А.А. Новицкого (1993), в Афганистане на военнослужащих воздействует совокупность профес-

сиональных, экологических, климатических и социальных факторов, в результате сформируется «синдром хронического эколого-профессионального напряжения» [257]. Физические ситуационно-психогенные факторы включают: условия горной местности в сочетании с жарким климатом [182], перегревание, переохлаждение, высокую влажность, пыль, грохот, рев, гул, акустический удар, вибрацию, удары воздушной волны, сотрясения, падения [331], плохую видимость (яркий свет, вспышки, темнота, туман), загазованность и задымленность, направленную энергию от вооружения, ионизирующую радиацию, продолжительные марш-броски с тяжелой амуницией, оружием и др. Данные условия, в совокупности с психотравмирующими факторами боя, вызывают истощение компенсаторных ресурсов, снижают устойчивость иммунной системы и приводят к увеличению показателей как соматической, так и психоневрологической заболеваемости [256].

Социально-психологические факторы включают: изоляцию от семьи и общества; ограниченность эмоциональных и интеллектуальных контактов своей половозрастной группой [448]; непопулярность военных действий в стране, гражданином которой является военнослужащий; безуспешность военных действий, большие боевые потери; средства информационно-психологического давления противника [93]; национальность военнослужащего, этнически близкую национальности граждан в зоне боевых действий; сходство вероисповедания с религией одной из сторон вооруженного конфликта [535]; чуждую этнокультурную среду; враждебность местного населения и криминальную обстановку (мародерство, бандитизм, терроризм); конфликтные отношения в семье, тяжелое материальное положение участника военных действий; низкую социальную поддержку комбатантов после их возвращения на Родину [453].

К факторам биологического уровня относятся: нарушение физиологического ритма сна и бодрствования (в условиях потенциальной опасности и готовности к активным действиям); сенсорная перегрузка или депривация [344]; обезвоживание и истощение организма вследствие дефицита питания, витаминов, однообразной пищи; плохие гигиенические условия; физические перегрузки или недостаточная подвижность (длительное нахождение в одной позе); инфекционные заболевания [63, 182]; обострение хронических болезней; ранение или увечье; сексуальная фрустрация; за-

висимость от психоактивных веществ (никотин, алкоголь, наркотики); осложненная наследственность (слабый тип высшей нервной деятельности, хронические соматические заболевания, психические расстройства и т.п.); ожирение или дефицит ростового показателя (индекса Кетле); женский пол и др. Установлено, что у женщин, по сравнению с мужчинами, в 2 раза выше вероятность длительного течения ПТСР [417, 418, 473, 542].

Индивидуально-психологические факторы включают два аспекта: 1) когнитивный – осознание несправедливости устройства мира, а также того, что противник более опытен и лучше адаптирован; идентификация умершего с собой или другом [536]; неопределенность (недостаток, противоречивость информации о боевой задаче, характере действий противника); непредсказуемость текущей обстановки и неуверенность в исходе войны; необходимость быстрого принятия ответственного решения в условиях дефицита времени и информации; работа сверх уровня навыков; отсутствие выбора [93, 227]; переживание боевого стресса в прошлом и совокупный эффект других стрессовых событий жизни [345, 543] и др.; 2) эмоциональный – биологический страх (смерти, боли, ранения, увечья); дезинтеграционный страх (вид разрушений, пожаров, насильственной смерти); социальный страх (показать трусость и потерять уважение); моральный страх (попасть в плен; потерять способность к самозащите) [30, 344]; скорбь в связи с потерей сослуживцев, чувство вины; злоба и ярость; фрустрация, тоска по дому; длительное ожидание опасности; «предстартовое напряжение» [448, 492, 496, 521]; дефицит позитивных эмоциональных переживаний; внутриличностные и межличностные конфликты; положение новичка в коллективе, изоляция или невозможность уединения [227] и др. Е.А. Иванов (2000) отмечает, что командир отряда спецназа испытывал сильный стресс, в связи с тем, что был вынужден посылать на боевые операции военнослужащих, которым осталось служить меньше месяца [115]. Я. Агрелль (1970) указывает, что 80-90 % бойцов постоянно испытывают страх в бою, который является для них вполне обычным явлением [11].

Факторы интерактивного ряда (смерть близких, сослуживцев; отождествление себя с погибшим) являются интеграторами всех остальных (в виде уже реализованной угрозы для жизни – факта ранения или увечья самого военнослужащего) и действуют

на психику независимо от модальности [331, 512]. И.В. Соловьев (2000) подчеркивает, что психическая травма в виде угрозы жизни имеет две формы психического переживания – реальную (нахождение под обстрелом, применение оружия на поражение в условиях визуального контакта, когда видны предсмертные мучения противника, массовая гибель, вид трупов и обезображенных тел, разрушений, пожаров) и гипотетическую (информация о боевых столкновениях и потерях, средства информационно-психологического воздействия противника) [330]. Психотравмирующей является информация о неудачах войск, снижая их престиж среди населения и создавая у преступников иллюзию безнаказанности [104]. Для предотвращения слухов необходимо оперативно доводить правдивую информацию об успехах действий подразделений, полученных наградах и не скупиться на поощрения [143].

Несмотря на то, что обстановка в различных районах Чеченской Республики (по степени ее криминализации и интенсивности боевых действий) различна, психотравмирующие факторы оказывают воздействие на сотрудников на всей ее территории. К этим факторам относятся: опасность (осознание угрозы здоровью и жизни); внезапность (угроза обстрелов, засад, подрывов на минах и т.д.); изолированность действий в отрыве от главных сил; неопределенность (недостаток или противоречивость информации о боевой задаче, о противнике и характере его действий); новизна, которая определяется опытом сотрудника [168, 331]; неконтролируемость событий; высокий динамизм и интенсивность действий; дефицит времени, когда для успешного выполнения задачи необходимо изменение содержания структуры деятельности; постоянное ожидание вооруженного нападения [30, 168]. Эти факторы дополнялись монотонным образом жизни и бытовыми трудностями (большая скученность людей в местах проживания, отсутствием горячей воды, канализации, отсутствием связи с близкими и др.) [167]. А.И. Адаев (2000) указывает, что на сотрудников ОВД и военнослужащих внутренних войск, выполняющих служебно-боевые задачи в СКР, оказывают влияние: дезорганизация жизни в регионе (паника, беженцы), информационное давление, чуждая этнокультурная и религиозная среда, враждебность местного населения, а также неблагоприятная обстановка в подразделениях (невысокий авторитет командиров) [12]. По мнению А.А. Кашанина (2000),

«направляя в «горячие точки» сводные отряды, руководство не всегда учитывало степень авторитета и негативное отношение бойцов к назначаемым командирам, что влекло за собой конфликты, истоки которых были в местах постоянной дислокации подразделений» [143, С. 335]. Е.А. Иванов (2000) указывает, что негативное влияние на психическое состояние сотрудников ОВД оказывают длительное нахождение в пунктах временной дислокации (4-6 месяцев), невозможность вынести с поля боя погибших и отсутствие информации о пропавших без вести [115].

Анализ возможных психотравмирующих факторов вооруженного конфликта позволяет выделить типы служебно-боевой деятельности по особенностям и интенсивности психотравмирующего влияния на личность. Для первого типа деятельности характерна интенсивная, но кратковременная психотравматизация (от часов до нескольких суток) в условиях активного вооруженного противодействия сторон с нанесением максимального огневого поражения (активные штурмовые действия, спецоперации по ликвидации террористов и др.). В этих условиях требуется особая активность, направленная навстречу источнику психогенного воздействия, вопреки инстинкту самосохранения [210]. Ко второму типу относится служебно-боевая деятельность, имеющая пролонгированное, перманентное психотравмирующее воздействие экстремальных факторов различной интенсивности (несение службы на заставах, блокпостах, КПП) при выполнении задач в районах КТО, учитывая периоды относительной стабилизации обстановки, связанные с ведением переговоров, объявленными мораториями и т.п. К третьему типу относят наиболее распространенную служебно-боевую деятельность, сочетающую в себе первые два типа (при переходе от блокирующих действий к проведению спецопераций по ликвидации вооруженных групп и незаконных формирований), с комплексной и длительной психотравматизацией факторами различной интенсивности [331]. Исследование психологических последствий деятельности человека в экстремальных условиях должно учитывать основные аспекты психологии личности как субъекта профессии экстремального профиля деятельности, поэтому далее кратко остановимся на их рассмотрении.

1.2 Психология личности как субъекта профессии экстремального профиля

1.2.1 Основные подходы к изучению личности в отечественной и зарубежной психологии

В зарубежной психологии концепции личности рассматриваются в рамках психодинамического (З. Фрейд, К. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм и др.), когнитивно-поведенческого (Дж. Уотсон, Б.Ф. Скиннер, Г. Олпорт и др.) и экзистенциально-гуманистического (А. Маслоу, Дж. Келли, К. Роджерс и др.) направлений. Ведущими отечественными школами являются: психология личности (К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев и др.), деятельности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев и др.), отношений и деятельности (В.Н.Мясищев, Б.Д. Карвасарский и др.), формирования личности в общении (Б.Ф. Ломов, А.А. Бодалев и др.), при этом личность рассматривается в рамках субъектно-деятельностного (С.Л. Рубинштейн, Е.А. Климов, А.В. Брушлинский и др.), структурно-динамического (А.Г. Ковалев, К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев и др.) и биопсихосоциального (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, А.А. Ухтомский, В.Н. Мясищев и др.) подходов.

Психодинамическое направление («глубинная» психология, психоанализ) приписывает ведущую роль подсознательным психическим процессам, рассматривая их в качестве детерминант личностного развития. Согласно топографической модели З. Фрейда, психика человека подразделяется на 2 уровня: сознание, предсознательное и бессознательное. Структурная модель включает 3 структуры личности: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я) [298]. Психоанализ способствовал зарождению психосоматической медицины, объясняя механизм развития неврозов с позиции «невротического конфликта», «психологических защит» и «бессознательных комплексов», а также развитию проективных методов психодиагностики и учения о мотивации [295].

Когнитивно-поведенческое направление основано на психологии бихевиоризма и рассматривает психику как совокупность навыков, используя научение для коррекции когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур личности. Данное

направление родственно доказательной медицине (опирается на факты экспериментальных данных, обобщения математической статистики) и опирается на физиологические теории (В.М. Бехтерев, И.П. Павлов). Методы психологической коррекции, основанные на оперантном обусловливании, направлены на изменение поведенческих реакций личности, а базирующиеся на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах нацелены на изменение глубинных личностных образований (убеждений, установок, иррациональных когниций). В рамках этого направления невроз рассматривается не как нозологическая единица, а как симптом (невротическое поведение), возникшее в результате неправильного научения («привычки» неадаптивного поведения) у здорового человека [298]. В границах данного направления экспериментально проверяются гипотетические модели, относящиеся к другим направлениям психологии, количественные методы психодиагностики и эффективные методы психотерапии – систематическая десенситизация (Дж. Вольпе), когнитивная (А. Бек) и рационально-эмотивная (А. Эллис) [295].

Экзистенциально-гуманистическое (феноменологическое) направление отрицает детерминирующую роль инстинктов, внешних стимулов и внутренних конфликтов в поведении человека, а также отвергает возможность разграничения психического здоровья и патологии, представляя психическое здоровье как гармонию между разнонаправленными паттернами, чертами и свойствами личности. Провозглашает целостный подход к человеку как к уникальной личности, считая, что только субъективное восприятие и интерпретация окружающего мира определяют способность выбора, самоконтроля и сознательной деятельности человека [298]. В рамках этого направления была предложена концепция психического функционирования как позитивного процесса, описываемого через понятия самореализации (К. Гольдштейн), самоактуализации (А. Маслоу, Ш. Бюлер), полноценного человеческого функционирования (К. Роджерс), аутентичности (Дж. Бюденталь), стремления к смыслу жизни (В. Франкл) и др. По мнению К. Роджерса (1951), личность обладает врожденной тенденцией к самоактуализации, и полностью реализует свой потенциал в случае отсутствия препятствий этому процессу, однако часто процесс блокируется (например, негативными оценками со стороны социума), потенциал не реализуется, что влечет за собой

психологические проблемы [514]. А. Маслоу (1954) рассматривал самоактуализацию как наивысшую потребность, которая не может быть реализована в случае неудовлетворения потребностей более низкого порядка [223, 491]. «Дефицитарная ориентация» личности (поиск того, чего не хватает) приводит к разочарованию, скуке и потере смысла жизни. Самоактуализирующаяся личность ориентируется на «рост и развитие», испытывает удовольствие от того, что имеет. Гуманистические модели психического здоровья относятся к нормоцентрическим [295]. В рамках феноменологического подхода невроз рассматривается как результат невозможности самоактуализации, а методы психотерапии (экзистенциальная, клиент-центрированная, гештальт-терапия и др.) направлены на укрепление способности человека к непрерывному развитию, творческому самосовершенствованию и реализацию своего потенциала [298].

Одним из оснований классификации теорий на типы является рассмотрение личности с этой точки зрения структурного или динамического образования. К числу структурных относят теории, которые анализируют составные элементы личности и определяют систему понятий, в которых она должна описываться, к числу динамических – теории, рассматривающие личность в ее изменении и развитии (динамике) [217]. Диспозиционный подход в изучении личности, представителями которого являются Г.В. Олпорт, Р. Кеттелл, Г. Айзенк, Г. Мюррей и др., основывается на следующих положениях (D.A. Bernstein, 1988): 1) каждый человек имеет устойчивые диспозиции определенного поведения, эмоций и отношений; 2) эти диспозиции генерализованы (проявляются во всех сферах жизни); 3) индивидуальный набор паттернов диспозиций (черт) приводит к разнообразию личностей [409]. По мнению Г.В. Олпорта (G.W. Allport, 1937), личность – это «динамическая организация психофизических систем индивида, которая детерминирует характерное для него поведение и мышление» [402, С. 28], при этом «личность и характер идентичны, однако характер – это оценочное понятие, а личность – лишённое оценки» [401, С. 52]. Согласно теории Г.В. Олпорта, черты личности, подразделяясь на общие (присущие людям одной культуры) и индивидуальные (морфологические), обуславливают устойчивое и типичное поведение человека в широком спектре равнозначных ситуаций. Черты личности («индивидуальные диспозиции») делятся на три типа: карди-

нальные (оказывающие всеобъемлющее влияние на личность), центральные (существенные характеристики индивидуальности, заметные окружающим) и вторичные (предпочтения, установки, привычки, ситуативные характеристики) [379]. G.W. Allport (1961) считал, что личность представляет собой «динамично развивающуюся во времени систему» [402, С. 196], со сложной комбинацией мотивов и ценностных ориентаций [262]. По Р.Б. Кеттеллу (R.B. Cattell, 1965), поведение личности детерминируется взаимодействием черт (16-ти факторов – исходных, устойчивых характеристик) и ситуационных переменных, а также определяется наследственностью и влиянием окружающей среды [428]. По мнению Г.Дж. Айзенка (H.J. Eysenck, 1970), нормальные и патологические аспекты личности объясняются тремя факторами: экстраверсия/интроверсия, нейротизм/стабильность и психотизм [445].

В отечественной психологии А.Г. Ковалев (1963) описывает личность как целостное интегральное образование, совокупность психических процессов, состояний и свойств. В процессе развития личности психические процессы формируют психические состояния, которые под воздействием социальных условий и воспитания могут закрепиться в особенностях характера (импульсивность, застенчивость, агрессивность и др.). Психические свойства связываются в сложные структуры: темперамент (система природных свойств), направленность (система потребностей, идеалов, интересов), способности (система интеллектуальных и эмоционально-волевых свойств), характер (система отношений и способов поведения), которые детерминируют «устойчивый уровень активности, обеспечивающий наилучшее приспособление индивида <...> в соответствии с требованиями деятельности» [149, С. 11].

Личность в трудах К.К. Платонова (1969, 1972) рассматривается как динамическая функциональная 4-хкомпонентная структура, включающая: 1) социально обусловленные свойства (направленность, морально-нравственные качества, мировоззрение, убеждения и др.); 2) биологически обусловленные особенности (пол, возраст, темперамент, задатки, инстинкты, витальные потребности, физиологические и морфологические особенности нервной системы и др.); 3) опыт (широта, качество знаний, умений, навыков); 4) индивидуальные особенности психических процессов (ощущения, восприятия, памяти, мышления, эмоций, воли и др.) [275, 276].

По мнению Б.Г. Ананьева (1996), «структура личности – продукт индивидуально-психического развития, которая выступает в трех планах: онтогенетической эволюции психофизиологических функций, становления деятельности и истории развития человека как субъекта труда, познания и общения, как жизненного пути человека – истории личности [18, С. 208]. Б.Г. Ананьев (2001) выделяет 4 уровня организации человека: индивид, субъект деятельности, личность, индивидуальность [19]. К понятию «индивид» относятся возрастно-половые и индивидуально-типические свойства (конституционно-биохимические, нейродинамические и др.), взаимодействие и интеграция которых определяет динамику психофизиологических функций, темперамент, задатки и структуру органических потребностей. Человек как субъект практической и теоретической деятельности характеризуется сознанием, активностью и техническими средствами труда, которые выступают «усилителями и преобразователями» его функций, а также знаниями и умениями оперировать знаковыми системами. Б.Г. Ананьев (1996) указывает, что «исходным моментом структурно-динамических свойств личности является ее статус в обществе» [18, С. 210]. На его основе строятся системы «общественных функций ролей, целей и ценностных ориентаций», образующих мотивацию (первичный класс личностных свойств) и социальное поведение (вторичный класс), взаимодействие и интеграция которых приводит к формированию характера и склонностей человека. Интеграция всех свойств человека как индивида, личности и субъекта деятельности обуславливает индивидуальность во всей ее уникальности [18].

По мнению А.Н. Леонтьева (2005), человеку в процессе жизни и деятельности присуща изменчивость отдельных характеристик и отношения к миру, при сохранении устойчивости «ядра личности» («индивиды индивидуализируются») [197].

Б.Д. Парыгин (1999), рассматривает три подхода к изучению личности (антропологический, социологический, персоналистический) и определяет личность как «интегральное понятие, характеризующее человека в качестве объекта и субъекта биосоциальных отношений, объединяющее в нем общечеловеческое, социально-специфическое и индивидуально-неповторимое» [274, С. 87]. Он также описывает две структурные модели личности – статическую (абстрактную, характеризующую основные компоненты психики) и динамическую (модель психического состояния и по-

ведения человека, позволяющую понять механизмы взаимодействия структурных аспектов психики индивида в динамике) [274]. Основными параметрами статической структуры личности являются: общечеловеческие характеристики (психические процессы, состояния и свойства личности), социально-специфические (принадлежность к одной или нескольким социальным общностям, социальные роли, нормы, опыт, ценности, позиция, самосознание личности и др.) и индивидуально-неповторимые особенности. Динамическая структура личности отличается приуроченностью к какому-либо временному отрезку, в течение которого изучается состояние психики и/или деятельности человека. Аспектами динамической структуры личности являются внутренний (интроспективный) и внешний (поведенческий), которые включают структуру вербального, невербального поведения и психического состояния [274, С. 96]. По мнению Б.Д. Парыгина (1999), в настоящее время «нет сложившегося и общепринятого представления об эквивалентах динамической структуры личности» [274, С. 96].

Биопсихосоциальный подход к исследованию личности позволяет соединить в единое целое психофизиологические и социокультурные составляющие человека [329]. Основой биопсихосоциального подхода, объединившего комплексный (Б.Г. Ананьев), системный (Б.Ф. Ломов, В.А. Барабанщиков и др.), биосоциальный (В.Н. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, А.А. Ухтомский) и психосоциальный (В.Н. Мясищев) подходы, составляют взаимоотношения и взаимосвязи многоуровневых психических процессов, а также социальных явлений, научно выделенных человекознанием [4].

Теоретические представления о личности А.Ф. Лазурского (1916) включают понятие экзо- и эндопсихики. «Эндопсихика» («эндокомплекс») – это биологически обусловленное, не изменяемое «ядро личности» (особенности психических и психофизиологических процессов, темперамент, задатки). «Экзопсихика» («экзокомплекс») – изменяемые, взаимосвязанные психофизиологические особенности (характер, способности, эмоционально-волевые качества, мотивация, социальные установки и др.), определяющие социальные отношения (к себе, другим людям, среде, внешним объектам, миру) и внутреннюю жизнь индивида [185].

Теоретической основой отечественной клинической психологии и психотерапии является психология отношений (теория личности) В.Н. Мясищева на основе ко-

торой была разработана патогенетическая биопсихосоциальная концепция невротических расстройств (возникающих в результате нарушения значимой системы отношений личности) и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия [295, 298]. В психологии отношений личность понимается как «высшее интегральное понятие», как целостная многоуровневая психосоциальная система отношений к людям, окружающей действительности (миру явлений и предметов), деятельности и самому себе [242]. Отношения, по В.Н. Мясищеву (1998), – это «сознательная, избирательная, основанная на опыте, психологическая связь личности с различными сторонами объективной действительности, выражающаяся в ее действиях, реакциях и переживаниях» [243, С. 33]. Сторонами (видами) отношений являются потребности, интересы, оценки, убеждения, ценностные ориентации, позиции (установки) человека. В структуре личности В.Н. Мясищев выделяет 4 компонента: 1) доминирующие отношения (направленность, смысл жизни); 2) психический уровень желаний и достижений (сознательность, самосознание, самооценка, способность адекватно отражать действительность во временном континууме); 3) динамика реакций личности (тип высшей нервной деятельности, темперамент); 4) взаимосвязь основных компонентов (гармоничность, цельность, широта, глубина, функциональный профиль – характер) [295].

Патоцентрический (клинико-психиатрический) подход к психическому здоровью (Э. Кречмер, 1921; П.Б. Ганнушкин, 1931; К. Леонгард, 1964; В.К. Смирнов, 1981; С.Ю. Циркин, 1995 и др.) подразумевает, что сохраненные психологические функции и различные варианты нормальных психических состояний – это предикторы (внутренние факторы риска) психических расстройств. Психика здорова в случае отсутствия грубых патологических симптомов, или их слабой выраженности («микросимптомы»), которые не достигают клинически оформленных синдромов и не создают препятствий нормальному функционированию личности [260].

Сторонники нормоцентрического подхода к исследованию психического здоровья (Н.М. Амосов, 1977; И.И. Брехман, 1980; S.E. Taylor, 1990; L.C. Bernard, E. Krupat, 1994, M. Becker, 1997 и др.) рассматривают признаки нормального функционирования психики (валеология, санология) и саногенные факторы (факторы заболевания) как «сильные стороны» личности, благодаря которым блокируется переход па-

тологических радикалов в болезнь, даже при наличии большого числа факторов риска. К саногенным факторам относятся: саморегуляция психических состояний, самоуважение, адекватная самооценка, поддержка семьи и близких, критичность и требовательность к себе, способствующие личностному росту [260]. В своей салютогенной концепции А. Антоновский (А. Antonovsky, 1979) предполагает, что копинг-стратегии и социальная поддержка являются центральными конструктами, определяющими стрессоустойчивость, в роли модераторов выступают особенности и свойства личности, а здоровье представляет собой результирующую переменную этих факторов [405]. По мнению Б.В. Овчинникова, Г.П. Костюка, И.Ф. Дьяконова (2010), «переход от здоровья к болезни осуществляется не плавно, а ступенчато», вследствие постепенного истощения индивидуальных адаптационных ресурсов и «накопления следов стрессогенных воздействий, обусловленных эмоциональной памятью» [259, С. 27].

В концепции психического здоровья В.Я. Семке (1999) выделяет 5 градаций состояний: психическое здоровье; психоадаптационные состояния (в виде астенического, дистимического и психовегетативного вариантов, микросимптомы которых неустойчивы); психодизадаптационные состояния (проявляются в тех же вариантах, но более глубоких и устойчивых); развернутые клинические формы; хронические формы патологии [320]. Б.С. Фролов (1982) также разграничивает 5 групп психического здоровья: здоров (нет признаков расстройств функций, личность гармонична); практически здоров (имеются отдельные легкие симптомы или слабости функций, а также личностные дисгармонии, однако они не представляют угрозы для психического здоровья); неблагоприятные прогностические признаки (отчетливые предпосылки к патологии, внутренние факторы риска, социальное функционирование сохранено; состояние описывается как нервно-психическая неустойчивость); болен (в экстренной госпитализации не нуждается, полностью руководит своими поступками); болен (нуждается в экстренной госпитализации, опасен для себя и окружающих) [373].

По мнению Б.В. Овчинникова, Г.П. Костюка, И.Ф. Дьяконова (2010), промежуточные формы психического здоровья можно рассматривать с двух точек зрения: валлеопсихологической – отталкиваясь от идеальной нормы в сторону ее ухудшения; и превентивно-психиатрической (погранично-психиатрической) – отталкиваясь от

наиболее легких форм патологии (зона пограничной психиатрии) в направлении их минимизации и перехода в латентное, малозаметное состояние [259]. Психические нарушения, формирующиеся в рамках реакций, состояний и развитий, являются дезадаптационными образованиями донозологического уровня, которые имеют многофакторную природу и носят неспецифический, полиморфный характер, свидетельствуя о действии защитно-приспособительных механизмов [227]. «Накопление невротизирующих механизмов», истощение индивидуального барьера психической адаптации под влиянием стрессовых и психотравмирующих факторов, сопровождаются пограничными состояниями и приводит к различным вариантам психической дезадаптации [17]. В МКБ-10 пограничные формы психических расстройств классифицируются под рубриками F.40-48 «Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и F.60-69 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» [229]. Однако, В.Я. Семке (2001) считает, что «на практике речь идет о двух границах, отделяющих, с одной стороны – от здоровья, с другой – от болезни» [321, С. 109].

Представления о пограничных формах психической патологии отражены в трудах В.Х. Кандинского (1883), В.Н. Бехтерева (1885), З. Фрейда (1895), К. Пелманна (1909), П.Б. Ганнушкина (1933), К. Шнайдера (1955), С.Б. Семичова (1987), Г.К. Ушакова (1987), Г. Аммона (1996), Ю.А. Александровского (2000), В.Я. Семке (2001) и др. Исследования В.Х. Кандинского (1883) и В.Н. Бехтерева (1885) способствовали возникновению учения о психопатиях («аномалиях характера»), имеющих в своей основе дезорганизацию и дисгармонию мозговых функций. К. Пелманн (1909) опубликовал монографию «Психические пограничные состояния», П.Б. Ганнушкин (1933) – «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», С.Б. Семичов (1987) – «Предболезненные психические расстройства» [363]. По мнению Г.К. Ушакова (1987), пограничные формы психических расстройств (реакции, приступы, аномалии развития, психопатии) «представляют собой как болезненное явление, так и конфликтное выражение противоречий, обеспечивающих или не обеспечивающих адаптацию к окружающим условиям» [363, С. 107]. Стрессовые реакции индивида определяются конституционально обусловленными процессами биологического созревания, особенностями личности, мотивов, жизненного и профессионального опыта, а также компенса-

торным воздействием семьи. Г.К. Ушаков (1987) выделяет следующие уровни реагирования на психотравмирующую ситуацию: внеличные, системные, характерологические, личностные, а также систематизирует «ситуации, коррелирующие с различными вариантами пограничных расстройств» (таблица 1) [363, С. 122].

Таблица – 1. Систематика ситуаций, коррелирующих с различными вариантами пограничных расстройств

Ведущие свойства преморбида (характерологический радикал)	Клинические синдромы пограничных расстройств (клинический радикал)	Психотравмирующие ситуации
Сензитивность	Неврастенический, астенический, психопатический, аутистический	Перенапряжения (истощения) сложившегося стереотипа
Тревожная мнительность	Обсессивный, компульсивный, психастенический	Нарушающие привычный стереотип переключения
Истероидность	Истерический, псевдодементный, пуэрильный	Нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип
Ригидность	Эксплозивный, эпилептоидный, параноидный	Отрицающие бескомпромиссность привычного стереотипа

Ю.А. Александровский (2000) приводит следующие дифференциальные признаки пограничных форм психических расстройств: 1) психогенные факторы играют основополагающую роль в их возникновении и декомпенсации; 2) преобладает невротический уровень психопатологических проявлений; 3) взаимосвязь с личностно-типологическими особенностями, вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна, «органической предрасположенностью» мозговых систем и соматическими проявлениями; 4) личность сохраняет критическое отношение к своему состоянию [17]. В.Я. Семке (2001) считает, что актуальной задачей персонологии является выделение «шкалы личностных характеристик, предусматривающую постепенный переход от нормальных вариантов к состоянию «субнормы» (акцентуациям характера), далее – к препсихопатической и психопатической структуре» [321, С. 110]. Он также отмечает, что особенно важно выделить «этап предболезни, где речь идет о появлении аномальных, недифференцированных личностных реакций, клинические проявления которых отражают ранний, «донозологический» период развития заболевания» [321, С. 111].

1.2.2 Мотивационная сфера личности специалистов профессий экстремального профиля

С позиций современной психологии личность определяется наследственно-биологическими факторами, социально-психологическими свойствами и направленностью человека, его мотивами и ценностными ориентациями, составляющими основу мировоззрения и жизненной активности [19, 49, 107, 196]. В отечественной (С.Л. Рубинштейн [308], В.А. Бодров [48], А.Н. Леонтьев [197], Е.П. Ильин [121], Д.А. Леонтьев [199], С.Б. Каверин [130], М.Ш. Магомед-Эминов [213], П.М. Якобсон [397] и др.) и зарубежной (Дж. Аткинсон [407], К. Левин [484], Д. Мак-Клелланд [494], А. Маслоу [223, 491], Х. Хекхаузен [377] и др.) научной литературе широко представлены материалы исследования мотивации, ее влияния на успешность выполнения конкретной деятельности, при этом мотивация рассматривается как комплексный феномен, связанный с когнитивной, эмоциональной и волевой сферами личности. Уделяется большое внимание особенностям формирования мотивов и роли психологических «мотиваторов» (нравственного контроля, интересов и др.) в мотивационном процессе (В.А. Бодров; W. Bilsky; В.В. Гульдман; Е.П. Ильин; С.Б. Каверин; С. Kluckhohn; И.Т. Ковалева; Н.М. Лебедева; Б.Ф. Ломов, А.Г. Маслоу; Д.В. Ольшанский; Л.Д. Сыркин; F.L. Strodbeck; В.А. Суворов; S.H. Schwartz; В.А. Ткаченко; К. Хойос и др.) [31].

В современной психологии понятие «мотивация» как психическое явление интерпретируется с точки зрения разных теоретических подходов: как совокупность факторов, определяющих поведение (К. Madsen, 1959; Ж. Годфруа, 1992); как совокупность мотивов (К.К. Платонов, 1986); как побуждение, вызывающее активность личности и определяющее ее направленность, как процесс психической регуляции деятельности (М.Ш. Магомед-Эминов, 1998); как механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности (И.А. Джидарьян, 1976); как систему процессов, отвечающих за побуждение и деятельность (В.К. Вилюнас, 1990) [121]. Уровень мотивации определяется уровнем притязаний субъекта, зависит от его жизненного опыта, психологи-

ческих особенностей, а также от социальных и культурно-этнических факторов [282]. В.Д. Шадриков (1982) указывает, что мотивацию анализируют с двух позиций: структурных – в виде совокупности мотивов, обусловленных потребностями, целями, уровнем притязаний, мировоззрением, убеждениями, ценностями и идеалами личности, ее направленностью, способностями, характером, а также условиями деятельности; динамических – как механизм реализации уже имеющихся мотивов и как процесс регуляции деятельности с помощью мотива [384].

Мотив понимается как устойчивое личностное свойство, характеризующее волевою сторону поведения, внутреннее побуждение личности к активности, связанной с удовлетворением имеющихся потребностей (врожденных и приобретенных в процессе жизни) [217]. По определению Д.Н. Узнадзе (1969), потребность – это дефицит, нужда организма в чем-либо, чем в данный момент он не обладает [361]. В настоящее время единой классификации потребностей не существует. П.В. Симонов (1987) подразделяет их на биологические (витальные, направленные на поддержание гомеостаза), социальные (стремление к успеху, социальному статусу, соблюдению нравственных норм и др.) и идеальные (познание окружающего мира, творчество, стремление к свободе и т.п.) [322]. Э. Фромм (1998) выделяет социальные потребности: в самоутверждении (избегание чувства неполноценности), привязанности (отождествление себя с группой, получение в ответ теплых чувств, чтобы избежать одиночества); самосознании (неповторимой индивидуальности), в объекте поклонения (приобщение к культуре, идеологии, религии и др.) [375]. А. Маслоу (2012), кроме витальных нужд, причисляет к «дефициту» потребность в безопасности, любви, уважении, саморазвитии и т.д. [223]. Теория мотивации А. Маслоу базируется на следующих постулатах: потребности человека могут быть проранжированы по иерархии приоритета их удовлетворения и наглядно представлена в виде пирамиды; первой удовлетворяется та потребность, которая находится на наиболее низкой ступени и пока она не будет удовлетворена, потребности более высоких уровней не влияют на мотивацию [165]. Первичным звеном механизма мотивации является потребность, а формами проявления осознанной потребности выступают притязания и ожидания (экспектации). Притязания – это привычный

для человека уровень удовлетворения потребности [299]. Вторым звеном механизма мотивации выступает стимул. При этом мотив характеризует стремление человека получить определенные блага, а стимул — сами эти блага. В случае принятия стимула, его актуализация обеспечивается позитивной или негативной установкой, и перерастает в поведение, удовлетворяющее потребность. В новой ситуации в механизм мотивации включается когнитивный, рационально-оценочный процесс и происходит борьба мотивов [49, 356]. По мнению Е.П. Ильина (2002), мотивация и мотивы всегда внутренне обусловлены, но могут зависеть и побуждаться внешними стимулами. «В этих случаях говорят о внешнеорганизованной мотивации, понимая при этом, что обстоятельства приобретают значение для мотивации только тогда, когда становятся значимыми для личности, поэтому внешние факторы должны в процессе мотивации трансформироваться во внутренние» [121, С. 67]. Поведение человека почти всегда полимотивировано, однако его действия можно прогнозировать по ведущим мотивам (основной мотивационной тенденции), зависящей от индивидуального опыта, ценностных ориентаций, личностных, социальных, культурных и других факторов [37].

Ценностные ориентации – это сложная система принципов, определяющих мировоззрение, смысло-жизненные ориентиры, направленность личности и нравственные критерии поведения [49, 515, 239]. По мнению Ф. Клакхона и Ф. Стродбека (F.R. Kluckhohn, F.L. Strodtbeck, 1961), мотивы относительноны, так как основаны на субъективной самооценке поведения, а принятые ценности – абсолютны [475], в их основе лежит объективное признание обществом определенного типа поведения в качестве непререкаемой нормы [282]. Ценность предполагает наличие жизненно значимых объектов и требует не просто удовлетворения потребности, а подчинения всего поведения человека [189]. Н.М. Лебедева (2001) подчеркивает, что ценности личности и мотивируемое поведение задают важнейшие смыслы человеческой жизнедеятельности и могут иметь как универсальную, так и культурно-специфическую природу [190]. С. Шварц и В. Билски (S.H. Schwartz, W. Bilsky, 1990, 1992) разработали теоретическую концепцию, рассматривающую ценности как неосознаваемые критерии выбора и оценки окружающего. Из универсальных потребностей они вы-

вели основные типы мотиваций, каждой из которых соответствует ведущая мотивационная цель (МЦ): саморегуляция (МЦ – свобода выбора, творчества, познания, обусловленные потребностью в независимости); стимулирование (МЦ – новизна и полнота жизни); гедонизм (МЦ – удовольствие, наслаждение жизнью); достижение (МЦ – личный успех и социальное одобрение); власть (МЦ – социальный статус, престиж, влияние на людей); безопасность (МЦ – стабильность, гармония общества и семьи); конформность (МЦ – ограничение действий, нарушающих социальную гармонию, потребность в самосохранении); традиция (МЦ – поддержание культурных обычаев, религии); благожелательность (МЦ – поддержание благополучия окружающих, потребность в аффилиации); 10) универсализм (МЦ – понимание, благодарность, терпимость, потребность в красоте, гармонии и справедливости) [517, 519]. S.H. Schwartz, W. Bilsky, (1987) разработали теорию динамических отношений между ведущими типами мотиваций, где каждый тип имеет цель, приводящую к согласованной или противоречивой стратегии поведения [518]. По степени сформированности ценностных ориентаций судят о зрелости личности, их неразвитость, противоречивость является признаком психического инфантилизма, порождающего импульсивность и неадекватность поведения. Ценности и мотивы личности формируют жизненную стратегию в целом, а также определяют вектор профессионального развития и результаты профессиональной деятельности [56].

В отечественной [42, 50, 121, 130, 150, 279, 385] и зарубежной литературе [377, 378, 407, 484, 491, 494, 493] имеется множество научных данных, констатирующих существенное влияние мотивации на успешность освоения и выполнения конкретной деятельности. Д. Мак-Клелланд (D.C. McClelland), основываясь на исследованиях Г. Мюррея, выдвинул теорию приобретенных (под влиянием жизненного опыта, обучения) потребностей и соответствующих им мотивов высшего уровня (достижения, власти, принадлежности), объясняющих типы трудового поведения [493, 494, 495]. Дж. Аткинсон (J.W. Atkinson, 1960) разработал концепцию трудовой мотивации, в которой мотивация достижения (как способ самоактуализации личности) обуславливается конфликтующими стремлениями добиваться успеха и избегать неудачи, в результате формируется мотивационная тенденция, проявляющаяся в профес-

сиональном поведении [406, 407]. По мнению В.А. Ядова (2013), психическая регуляция трудовой деятельности – это сложный акт, в котором внешние побуждения (стимулы) интериоризируются через систему потребностей и ценностных ориентаций, становясь в результате побудителями деятельности (мотивами) [282, 395], при этом «решающую роль в определении линии поведения играют не столько частные диспозиции к способам деятельности, сколько общая вовлеченность в сферу деятельности» [396, С. 344]. О.В. Никитина (2004) считает, что мотивационная готовность к профессиональной деятельности является результатом взаимодействия внешних, ситуационных мотивирующих факторов и внутренних мотивационных диспозиций личности [254]. В.А. Ядов (1984) подчеркивает, что трудовая мотивация – это процесс выбора и обоснования способа участия субъекта в трудовой деятельности. Мотивы классифицируют на связанные с профессиональной ориентацией, с принадлежностью к социально-профессиональной группе, реализацией социальных норм, социальным и профессиональным самоопределением [395]. В.Г. Леонтьев (1992) полагает, что деньги – это мотив-стимул, лишенный смыслообразующей функции, но выполняющий роль побудительного фактора [198]. Е.П. Ильин (2002), соглашаясь с В.Г. Асеевым (1976), говорит о «положительной» и «отрицательной» мотивации, считая, что «мотив — это не только побуждение, а дву模альное отношение к деятельности (как к реализуемой потребности или заданной необходимости), поэтому мотивационный процесс сопровождается положительными и отрицательными эмоциями на всем его протяжении» [121, С. 68-69].

В психологических исследованиях влияние трудовой мотивации рассматривается в двух аспектах: регулирующая функция мотивов в формировании профессиональной пригодности и воздействие мотивов на процесс достижения профессиональных результатов [49]. При этом отмечается особая роль мотивации в обеспечении эффективности и безопасности деятельности широкого круга специалистов сложных и опасных профессий. Так, Ю.В. Бессонова (2003) установила, что эффективность деятельности спасателей МЧС связана с общетрудовой мотивацией, которая характеризуется высоким уровнем мотивационных установок на «результат труда», «альтруизм» и «свободу», а также профессиональной мотивацией – стремле-

нием к «познанию», «общению», «безопасности» и «профессиональному успеху». Ведущими целями профессиональной деятельности являются: «достижение высокого социального статуса и профессиональных результатов», «самопознание», «личностное и профессиональное совершенствование». На ранних этапах профессионализации различия между наиболее и наименее успешными спасателями-новичками отмечаются в уровне «стремления к успеху», «избегания неудач», мотивационных установок «ориентация на результат деятельности», «эгоизм», мотива «стремление к общению», целей «обеспечение безопасности», «достижение социального статуса» и «поиска острых ощущений». Различия между указанными категориями опытных специалистов МЧС проявляются в выраженности мотива «стремление к безопасности», целей «профессиональное совершенствование» и «карьерный рост» [44]. По данным С.С. Каппушева (2006), у сотрудников ГПС МЧС России ведущими мотивами являются «профессиональные» и «личного престижа», менее значимы – «прагматические», «познавательные» и «социальные». «Профессиональные мотивы» преобладают у лиц со стажем менее 3-х и более 20 лет, а «познавательные» – со стажем менее 3-х и 10-19 лет. «Прагматические» мотивы доминируют у сотрудников со стажем 4-9 лет и более 20 лет; значимость «социальных мотивов» возрастает с длительностью стажа [139].

Психологам известно, что служба в ОВД создает «социальную нишу», чувство правовой и социальной защищенности среди тех лиц, у которых преобладают мотивы жизнеобеспечения (по классификации А. Маслоу) [223], в противовес мотивам самореализации и самоактуализации, которые не являются ведущими. Данный факт подтверждается Б.Г. Бовиным с соавт. (1997), который проанализировал мотивы профессионального выбора кандидатов на службу в ОВД. У 28 % из 500 опрошенных преобладают социально-экономические мотивы (стабильный заработок, удобный график, безработица), а у 27 % – подражание образцу (пример друзей, семейная традиция, романтическая мечта из книг и фильмов). 18 % кандидатов проявляют интерес к аспектам деятельности (стремление получить юридическое образование, сделать профессиональную карьеру); у 16 % преобладают личностные мотивы (стремление к риску, желание изменить характер, чувствовать себя в безопасности,

носить форму, иметь оружие). Примечательно, что нравственные мотивы (желание активно бороться с преступностью, стремление изменить общество) имеют только 11% лиц, поступающих на службу в ОВД [46]. Г.Л. Анцупова с соавт. (1997) выявила особенности мотивационной структуры и ценностных ориентаций курсантов ОМОН, ППС и ДПС ГИБДД (средний возраст 20-23 года). В группе ОМОН преобладали индивидуальные ценности-цели («здоровье», «интересная работа», «уверенность в себе»), а в группе ППС и ГИБДД – ценности межличностных отношений («семейная жизнь», «наличие хороших и верных друзей»). Несмотря на текущую учебную деятельность, у обследованных преобладали ценности эмоционального мироощущения, в противовес интеллектуальным («познания», «развития»), которые заняли средние позиции во всех группах. Во взводе ОМОН доминировали ценности самоутверждения («твердая воля», «честность»), в группе ППС и ГИБДД – конформистские ценности («самоконтроль», «ответственность», «воспитанность», «чуткость»). В группе ДПС ГИБДД, несмотря на высокий ранг ценности «наличие хороших и верных друзей», обнаружена установка на максимальную формализацию отношений («человек-маска»), стремление к рациональному кооперативному сотрудничеству [25]. А.В. Баранова (2009) обнаружила, что основные ценности оперативных сотрудников ОВД связаны с профессиональной деятельностью, у сотрудников, ориентированных на организационную деятельность преобладают ценности личного благополучия, а у занимающихся контрольно-ревизионной деятельностью – индивидуально-творческие [38]. С.Ф. Лях (2005) выявил, что на протяжении служебной деятельности ведущими мотивами сотрудников ОВД являются профессиональные и личного престижа, а прагматические, познавательные и социальные – менее значимы [212]. Е.Ю. Панченков (2005) установил, что у сотрудников оперативных подразделений ОВД (стаж службы 1-3 года), доминирующими являются мотив власти, избегания неудачи и материальные мотивы, при сниженной роли социальных мотивов, однако к пятому году службы мотив власти уступает место полимотивационным тенденциям [273]. По мнению Р.Ж. Тюлюпергенева (2004), мотивацию власти у сотрудников ОВД обуславливают дефицитарные психические состояния, компенсируя фрустрированную потребность в безопасности. Поскольку власть доступна в

данной профессиональной деятельности, поэтому зачастую принимает гипертрофированную форму (превышение должностных полномочий, деспотичность, жестокость, агрессивность к окружающим), выступая в качестве своеобразного механизма психологической защиты у лиц с синдромом эмоционального выгорания [359]. О.В. Никитина (2004) обнаружила, что при преобладании развивающих мотивов над дефицитарными, профессионалы воспринимают служебную нагрузку как соответствующую их желаемому уровню активности. Сотрудники, которые не обладают такой конфигурацией мотивационных профилей, оценивают профессиональную активность как нежелательную и чрезмерную, что отражается на субъективной удовлетворенности службой и может привести к дезадаптации [254]. Е.Ю. Панченков (2005) выделил факторы, способствующие изменению мотивации оперативных сотрудников ОВД: «профессиональные побуждения (четкие служебные цели и задачи в борьбе с преступностью, престиж службы); удовлетворение материальных потребностей (высокое денежное довольствие, льготы, система поощрений, социальная и личная защищенность); мотивы социального характера (осознание важности и социальной значимости оперативно-служебной деятельности)» [273, С.135].

По мнению Д.А. Леонтьева (1997), стрессоустойчивость личности во многом определяется соотношением смыслообразующих мотивов с определенными поведенческими паттернами (способами осуществления деятельности) [199]. Н.Н. Харламова (2000) исследовала мотивы сотрудников ОВД, направляемых в зону вооруженного конфликта. Она установила, что 67 % опрошенных имеют мотив самореализации («хочу проверить себя»), 53 % видят возможность «заработать деньги», у 46 % имеется тяга к рискованным, экстремальным ситуациям, 28 % хотят «быстрее закончить войну ради своих детей»; 23 % уходят от «семейных проблем», 19 % желают «отомстить за товарищей» и лишь 13 % сотрудников хотят «защитить национальные интересы» [376]. По данным Д.А. Гордиенко (2005), основным мотивом участия в КТО у 70 % сотрудников ОВД являлось желание улучшить свое материальное положение (приобрести жилье, автомобиль, бытовую технику, определить ребенка в вуз), 28 % стремились уйти от проблем мирной жизни («конфликты, непонимание со стороны руководства», «проблемы в кругу семьи»), 2 % прибыли в

Чеченскую Республику, так как «надо было кого-то отправить, вот я и поехал» [85]. Г.Л. Анцупова с соавт. (1997) установила мотивы участия в боевых действиях бойцов ОМОН, которые распределились следующим образом: «материальная заинтересованность» – 65 %, желание «сменить обстановку в связи с напряженными отношениями на службе» – 20 %, «уход от семейных проблем» – 10 %, а 5 % сотрудников (не имеющих семьи и обязательств перед близкими) считали, что они «выручают» руководство и сослуживцев [24].

По мнению В.А. Суворова (2003), измененные условия жизнедеятельности в ходе КТО дают смещение мотивации в зависимости от силы и качества влияния мотивационных факторов [340]. С.А. Голобородько (2001) исследовал морально-психологическое состояние военнослужащих внутренних войск в ходе КТО на территории Чеченской Республики в 1994-1996 гг. Он выяснил, что у офицеров в 49 % случаев основным мотивом участия в КТО являлось выполнение воинского долга, в 36 % – выполнение приказа, в 15 % – защита интересов России. В оценке солдат и сержантов эти мотивы составляли 42 %, 28 % и 14 % соответственно, с дополнением мотива «отомстить за гибель товарища» в 16 % случаев. Отрицательное отношение к вводу войск выражали 36 % офицеров и 29 % солдат и сержантов. По мнению военнослужащих, основными причинами, ухудшающими их морально-психологическое состояние (в порядке значимости) являлись: низкая социально-правовая защищенность, негативное освещение средствами массовой информации деятельности федеральных сил, недостаточная материально-бытовая обеспеченность и тревога за будущее семей в случае своего ранения или гибели [83]. Г.Л. Анцупова (1997) с помощью теста М. Рокича выявила глубокие изменения в структуре личности комбатантов, затрагивающие их мировоззрение. Сравнительный анализ соотношения ценностных ориентаций между группами кандидатов, поступающих на службу в ОМОН и сотрудников, неоднократно выезжавших в «горячие точки», позволил выделить следующие противопоставления (первые ценности относятся к кандидатам, вторые – к сотрудникам с боевым опытом): «конформная жизненная позиция – индивидуальная», «ориентация на социум – независимость», «легкое отношение к жизни – требовательность», «сдержанность – протест», «жизнь для общества – жизнь для себя». У

комбатантов выражена ориентация на независимость и преобладают конкретные ценности-цели, среди кандидатов на службу – абстрактные (любовь, свобода и др.). У воевавших бойцов ОМОН снизились ранги ценностей «исполнительность», «терпимость» (отражающих рост напряженности), а актуализировались ценности «здоровье» и «семья». Меньше всего изменений претерпели ценности профессиональной самореализации («ответственность», «твердая воля», «эффективность в делах») [25].

Сложность психодиагностики мотивационной сферы субъекта профессий экстремального профиля деятельности связана с ее изменчивостью и подверженностью влияниям личностных, социальных, профессиональных факторов динамического характера, ценностно-смысловых образований, лежащих в основе индивидуального своеобразия профессиональных мотивов, а также с «закрытым» характером вопросов анкет, которые либо исключают свободное изложение мотивов, либо побуждают давать социально одобряемые ответы. При этом мотивы могут быть как полностью осознаваемы, так и не осознаваемы, что делает невозможным их оценку [50]. Однако при всей сложности предмета изучения, необходимо продолжать исследования в этой области, поскольку низкая мотивация к службе и освоению профессии приводит к стагнации профессионального развития, а также сопровождается конфликтами, нерациональными стратегиями поведения и нарушениями адаптации.

Результаты рассмотренных выше исследований показывают, что мотивация и ценностные ориентации сотрудников ОВД и МЧС России влияют на процесс формирования профессионально-важных качеств, на успешность и эффективность служебной деятельности, при этом они могут изменяться под воздействием служебного и боевого опыта, трансформируя мировоззренческие структуры личности профессионалов и осложняя их реадаптацию. Личные мотивы (ценностно-смысловое отношение к участию в боевых действиях), вероятно, влияют, как на соматическое здоровье, так и на психологическое благополучие комбатантов ОВД после возвращения из зоны вооруженного конфликта. Данная гипотеза послужила предпосылкой постановки одной из задач настоящей работы: изучение влияния мотивов выбора профессии пожарно-спасательного профиля и мотивов участия в КТО на характер и выраженность психологических и соматических последствий.

1.2.3 Психическая адаптация и дезадаптация личности в условиях профессионального стресса и боевой психической травмы

С позиции системно-динамического подхода весь спектр психологических последствий участия в вооруженных конфликтах рассматривается в виде этапов адаптационной стратегии организма, в контексте целостного понимания личностных изменений в условиях боевых действий и повторной ее реадаптации к мирным условиям существования. В современной науке для разграничения эмпирически определенных последствий воздействия на человека экстремальных факторов используют понятия «стресс» и «посттравматический стресс» (ПТС), которые включают в себя, с одной стороны, понятия гомеостаза и адаптации, с другой – дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии [283].

Л.А. Китаев-Смык (1983) считает стресс – многозначным понятием: в широком смысле – это неспецифическая адаптационная активность организма при действии любых значимых факторов; в узком смысле – комплекс неспецифических психофизиологических (нейрогормональных) реакций, возникающих в ответ на экстремальные воздействия и вызывающих интенсивную адаптационную активность организма [145]. В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов (2001) приводят следующее определение: «Стресс – это особое состояние психики и организма в целом, определяемое мобилизацией функциональных резервов для преодоления экстремального воздействия. Стресс-фактор (стрессор) оказывает мощное воздействие, вызывая защитную гормональную реакцию с целью сохранения целостности организма, связанную с перестройкой его функциональных систем, с адаптацией к новым условиям жизнедеятельности» [219, С. 52]. И.А.Ерьюхин, С.А. Шляпников (1997) указывают на три режима адаптационной активности организма: 1) стабильный, обеспечивающий повседневную, устойчивую адаптацию к внешней среде без резких функциональных перегрузок, который осуществляется путем поведенческих реакций; 2) стрессовая адаптация (ОАС), эффективность которой определяется состоятельностью стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем; 3) срочная адаптация (экстремальное состояние), возникающая в условиях угрозы жизни и максимальной переориентации

функционального потенциала на ее сохранение, сопровождаемое предельным напряжением механизмов стресс-реакции, мобилизацией глубинных резервов организма, временной частичной дезинтеграцией базисной жизнедеятельности, регулируемой генетически детерминированной хронобиологической программой [101]. Реализация стресс-реакции основана на взаимодействии симпатико-адреналовой (катехоламины) и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой (глюкокортикоиды) систем, в результате которого происходит перераспределение кровотока, мобилизация энергетических и структурных ресурсов организма (липолиз, катаболизм белков, гликогенолиз, глюконеогенез, синтез нуклеиновых кислот, ускорение транспорта кислорода, аминокислот, жирных кислот и глюкозы к тканям) [101]. Ф.З. Меерсон, М.Г.Пшенникова (1993) считают, что стресс-реализующие механизмы включаются, если невозможна адаптация за счет поведенческих реакций, при этом воспроизводится физиологический феномен, обозначаемый как терпение (выдержка). Если внешний раздражитель не превышает индивидуально детерминированные возможности организма, то действие стресс-реализующих факторов постепенно ослабевает (достигается эффект адаптации), что отражается в снижении концентрации катехоламинов в крови, уменьшая вероятность стрессорного повреждения внутренних органов [228]. Стресс-реализующие механизмы сопряжены со стресс-лимитирующей системой организма (гамма-аминомасляная кислота, эндогенные опиаты, простагландины, антиоксидантная система и трофотропные механизмы), что обеспечивает повышение адаптационных возможностей к повторяющимся стрессорным воздействиям и препятствует развитию негативных последствий [101].

Стресс как психологический феномен рассматривается в двух направлениях: гомеостазическом (классическом), основанном на концепции «общего адаптационного синдрома» (ОАС) Г. Селье, и гетеростазическом, в котором стресс понимается как необходимое условие саморазвития и самореализации человека («сверхадаптационный синдром») [232, 362, 315]. Г. Селье (1936) считал, что в ответ на слабые раздражители развивается тренированность организма, на средние – реакция активации, на сильные – стресс и ОАС [316]. По мнению Р.С. Лазаруса (R.S. Lazarus, 1966) отличие физиологического стресса от психологического состоит в особенностях

действующего стимула, механизмах возникновения и характера ответной реакции (стереотипной, индивидуальной). Специфичность реакций при психологическом стрессе обусловлена субъективной когнитивной оценкой ситуации, особенностями личности, ресурсов и копинг-стратегий [481, 482].

Стресс-факторы (независимо от природы происхождения) запускают механизм психической адаптации, различными аспектами которой занимались многие отечественные и зарубежные авторы (Г.М. Данишевский, 1955-1968; П.К. Анохин, 1962; И.В. Давыдовский 1962; В.Д. Небылицин, 1976; Н.Н. Василевский, 1973-1979; В.П.Казначеев 1974-1980; Ф.Б. Березин, 1988; Ю.А. Александровский 1976-2000; К.В.Судаков, 1981-2004; S.C. Kobasa, 1982; L.S. Syme, 1984; Л.И. Вассерман, М.А. Березин, 1994-1997; M.L. Cooper, P.K. Wood, 2003; Л.А. Китаев-Смык, 1983 и др.). В концепции Ю.А. Александровского (2000) о барьере психической адаптации данный феномен исследуется с позиций системно-структурного анализа, при этом подчеркивается, что особенности личности, мотивационная направленность, эмоционально-волевые качества создают основу психической адаптации. Система психической адаптации характеризуется разносторонним и многоплановым взаимодействием самоорганизующихся подсистем (поиска, восприятия и переработки информации, эмоционального реагирования, социально-психологических контактов, эндокринно-гуморальной регуляции и др.), порождающих новые интегративные качества, призванных обеспечить оптимальный уровень жизнедеятельности [17]. По мнению Ф.Б. Березина (1988), психическая адаптация – это процесс приспособления человека к условиям и требованиям окружающей среды, при этом адаптация организма обеспечивает адекватную организацию микросоциального взаимодействия (социально-психологический уровень), поддержание психического здоровья (психологический уровень) и сохранение соматического здоровья (психофизиологический уровень). «Если стрессовое воздействие динамично нарастает, то прогрессирует и объем защитно-компенсаторных гомеостатических реакций в рамках общего адаптационного синдрома (Н. Selye)» [43, С. 13-21]. Развивая концепцию Ф.Б. Березина, Л.И. Вассерман и М.А. Березин (1997), предложили трехкомпонентную модель психической адаптации [66], рассматривая ее как систему

обеспечения оптимального соотношения между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая адаптация); как систему, обеспечивающую сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения (психическая адаптация) и как систему адекватного взаимодействия с социальным окружением (социально-психологическая адаптация). Е.Р. Исаева (2009) также подчеркивает, что адаптация человека представлена на разных уровнях, которые находятся в отношениях взаимосвязи и взаимовлияния, но имеют свою специфику мобилизации адаптационных ресурсов [122]. О.С. Дейнека, Е.Р. Исаева (2008) указывают, что психологическая адаптация – это сложное и неоднозначное понятие, за которым может стоять кратковременный процесс адаптации в контексте поведенческой реакции или поступка, длительный процесс, характеризующийся как состояние адаптации, и динамическая интегральная характеристика личности в виде способности приспособления к изменяющимся условиям [91].

Профессиональная адаптация – это процесс становления и поддержания динамического равновесия в системе «субъект труда – профессиональная среда» (условия деятельности, профессиональные задачи, социальные факторы профессиональной среды) [255]. По мнению С.Т. Посоховой (2011), «адаптация личности в экстремальных условиях профессиональной деятельности включает в себя как общие, так и специфические проявления. Личностный адаптационный синдром – интегральное психическое образование, отражающее регуляторную активность личности в раскрытии адаптационного потенциала в экстремальных условиях» [278, С. 9]. Источник его возникновения заключается «в трансформации имеющегося адаптационного потенциала», а «роль регулятора преобразований адаптационного потенциала принадлежит личностным свойствам. Формирующийся личностный адаптационный синдром интегрирует объективные и субъективные, осознаваемые и неосознаваемые, социально-психологические, психические и психофизиологические, стабильные и динамические проявления личностной организации» [278, С. 11]. По мнению Л.А. Китаева-Смыка (2012), первым в экстремальных условиях проявляется эмоционально-поведенческий субсиндром, затем вегетативный, когнитивный и социально-психологический, которые определяются

внешними (интенсивностью, длительностью, кратностью стрессора) и внутренними факторами (врожденными особенностями нервной системы и приобретенными психологическими качествами, опытом, тренированностью, субъективной значимостью ситуации). В раннем периоде стрессовой адаптации возможны 4 формы первичных эмоционально-поведенческих реакций (кризис 1-го ранга): 1) активная (рациональная, нерациональная); 2) пассивная («пассивный испуг», шок); 3) конструктивная (адекватная, успешно преодолевающая), 4) стрессово-нейтральная (в случае неосознания надвигающейся опасности). При длительном действии стрессора все типы сменяются вторичной стрессовой пассивностью (кризис 2-го ранга) [147]. Н.Н. Белозерова (2005) считает, что «для успешной адаптации в экстремальных условиях несения службы индивидуально-типологические особенности центральной нервной системы структурно объединяются с адаптивностью, нервно-психической устойчивостью, коммуникативностью и моральной нормативностью военнослужащих» [40, С. 19].

Психическая адаптация, представленная на разных уровнях, соотносится с концепцией биопсихосоциального подхода к психическому здоровью (Е. Engel, 1980; Ю.Л. Нуллер, 1992; Н.Г. Незнанов, А.П. Коцюбинский, 2004) [123]. В организме человека проявляются две стороны единого процесса адаптации к стрессовым факторам – саногенез (механизм здоровья) и патогенез (механизм болезни) [358]. Психическая адаптация перестает быть эффективной в случае длительного и/или сверхсильного стресса, который приводит к перенапряжению, а затем к истощению адаптационных и компенсаторных механизмов личности [41, 66]. М.А. Березин, Л.И. Вассерман (1994) отмечают динамичность (изменчивость во времени) барьера психической адаптации, «прорыв» которого может происходить на разных уровнях организации: биологическом (вегето-висцеральном), психологическом (мотивационном, эмоционально-волевом) и социальном [41]. Ф.Б. Березин (1988) указывает, что напряженность адаптационных механизмов обуславливает, с одной стороны, «физиологическую цену успешности» [43, С. 163], с другой – повышает риск функциональных «донозологических нарушений» [43, С. 193]. Перенапряжение барьера психической адаптации проявляется во временных и парциальных преневротических

ских состояниях (сенситивность, раздражительность, тревожность, заторможенность, бессонница и др.) [17, С. 68]. По мнению Ю.А. Александровского (2000), различие между понятиями «стресс-факторы» и «психогенные факторы» состоит в том, что первые являются пусковым условием процесса адаптации, а вторые – психической травмы и состояний дезадаптации [17].

Психическая дезадаптация – это снижение адаптационных возможностей человека в условиях изменяющейся внешней среды, приводящее к дезорганизации функциональных систем на разных уровнях организма, нарушению поведения и развитию патологических процессов. Ю.А. Александровский (2000) считает, что «проявления психической дезадаптации в своей основе являются комплексом гомеостатических и адаптационных реакций, динамично развивающихся при воздействии психотравмирующей ситуации, где личностная информация, воспринимаемая как негативная, сопровождается резкой активацией энергетических и ультраструктурных адаптационных процессов» [17, С. 77]. В отличие от стресса, психическая травма – это событие, связанное с любым видом насилия над личностью, угрозой физической целостности, смерти (своей, близких или окружающих), с опасностью утраты здоровья, личного статуса, привычной картины мира, сопровождаемое интенсивными негативными переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.) [345]. По мнению Н.В. Тарабриной (2012), в этом случае психофизиологические и социально-психологические механизмы более не могут обеспечить адекватную деятельность, вследствие истощения резервных возможностей индивида, что приводит к появлению психонейроэндокринных синдромов, психических расстройств (непсихотического и психотического типов) и психосоматических заболеваний [354, 355]. Концепция «боевой психической травмы» разработана в отечественной военной психиатрии С.В. Литвинцевым (1994), Е.В. Снедковым (1997) и другими авторами на основе анализа психолого-психиатрических последствий современных локальных войн и вооруженных конфликтов. Е.В. Снедков (1997) указывает, что боевая психическая травма – это многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм, на фоне

мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений [327]. Сущность боевой психической травмы состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении и закреплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдрому-образованию [227]. По мнению С.А. Колова (2007), боевая психическая травма является динамическим процессом, клинические и психологические особенности которой определяют специфичность внешних этиологических причин и изменяющихся под их воздействием внутренних условий [151]. Патофизиологическая сущность перехода нормальной приспособительной реакции на боевые условия в боевую психическую травму заключается в нереализованности включаемых с опозданием адаптационных программ, когда в силу кратковременности боевых стрессоров, аккумуляции перманентного психотравмирующего воздействия и при отсутствии реального противника (точки приложения стресса) «нерастраченный» ответ адренергических систем организма проявляется уже после боя, в пунктах дислокации подразделений, или после их возвращения – в период реадaptации [157]. Л.А. Китаев-Смык (2012) указывает, что во время активных боевых действий «возможен быстрый переход стрессового кризиса 2-го ранга в стрессовый кризис 3-го ранга с активизацией «болезневидных» вегетативных стрессовых реакций», которые впоследствии приводят к соматической патологии [147, С. 93]. Отличие боевой психической травмы от других травм состоит в том, что время экспозиции стрессоров длительное, и изменения в нервной системе успевают сформироваться и закрепиться. При иных травмах процесс стойких изменений в ЦНС начинается и продолжается уже после завершения психотравмирующего события [184]. При условии гипотетической угрозы для жизни, перманентно-продолжительный характер воздействия стресс-факторов трансформирует их в психогенные, что является причиной развития дезадаптации личности, которая впоследствии приводит к развитию симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). По мнению Н.В. Тарабриной (2008), ПТСР – это непсихотиче-

ская отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека [354].

Несмотря на то, что в настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей механизмы возникновения и развития ПТСР, выделяют три точки зрения его формирования: 1) с позиции теории научения; 2) изменений когнитивных схем и дисфункциональных когниций; 3) биологических изменений [283]. Психодинамическая модель описывает процесс развития ПТСР в виде неустойчивого баланса между патологической фиксацией на травме и стратегией вытеснения ее из сознания («инкапсуляция травмы»). Когнитивная переоценка травматического опыта способствует успешной адаптации, в случае, если причина травмы приобретет в сознании экстернальный характер, восстанавливается целостность, гармоничность и справедливость «картины мира», ценность собственной личности и доброты окружающих. Психосоциальные модели признают значение социальных факторов (условий) для успешного преодоления ПТСР. В основу «двухфакторной» теории ПТСР положен принцип условно-рефлекторной обусловленности (по И.П. Павлову), когда травмирующее событие выступает безусловно-рефлекторным стимулом стрессовой реакции, а нейтральные, но связанные с психотравмой, стимулы вызывают интенсивную эмоциональную реакцию по условно-рефлекторному типу. Вторая часть этой теории опирается на концепцию оперантной обусловленности, когда события, имеющие сходство с травмирующей ситуацией (явное или по ассоциации), вызывают эмоциональный дистресс и стремление к их избеганию. В основу биологических моделей ПТСР легли результаты физиологических и биохимических исследований [283]. Р.К. Питмэн (R.K. Pitman, 1989), взяв основу эмоциональную теорию Джеймса-Ланга, предположил, что патологические ассоциативные эмоциональные сети (информационные структуры памяти) при ПТСР включают: память о травматическом событии, смысловой оценке и реакциях (вербальных, кинестетических, висцеральных, соматических), которые обладают свойством самопроизвольной активации [283, 508]. Л.С. Колб (L.S. Kolb, 1989) считает, что в результате боевой психической травмы блокируется синаптическая передача, происходит гибель нейронов коры головного мозга в отделах, контролирующих

агрессивность и цикл сна-бодрствования [476]. А. Мэркер (A. Maercker, 1998) разработал мульти-факторную теорию, согласно которой ПТСР возникает вследствие сочетания факторов, связанных с травматическим событием (неожиданность, неконтролируемость, тяжесть), защитных (способность к осмыслению, наличие социальной поддержки) и факторов риска (возраст к моменту травматизации, опыт, низкие интеллект и экономический уровень) [283, 489]. А. Фонтана, Р. Розенхек (A. Fontana, R. Rosenheck, 1994) предложили концептуально-модельный подход, согласно которому патогенез ПТСР определяется сочетанием предвоенных травм и факторов риска, социокультурными условиями и уровнем социальной защищенности ветеранов [227]. Большой риск негативных последствий имеют комбатанты, видевшие насильственную смерть в раннем возрасте [442].

Р.С. Эпштейн, К.С. Фуллертон, Р.Дж. Урсано (R.S. Epstein, C.S. Fullerton, R.J. Ursano, 1998) установили, что критериями вероятного развития ПТСР у ветеранов являются: эмоциональное оцепенение в момент травматического события, обезображивающие ожоги, невысокий уровень образования и стрессовые события в течение полугода после возвращения домой [443]. D. Spiegel (1991) и C.R. Marmar с соавт. (1994) также считают эмоциональное оцепенение признаком диссоциативной реакции на травму и критерием негативных последствий [490, 526]. Многие авторы указывают, что перитравматическая диссоциация является предиктором возникновения ПТСР [6, 8, 9, 10, 521]. Диссоциативные процессы выводят болезненные переживания из сферы сознания, и относятся к числу существенных факторов, определяющих процесс посттравматической адаптации [399, 532, 537]. К факторам риска высокой вероятности дезадаптации и развития ПТСР у ветеранов боевых действий относятся: интенсивность, длительность психотравматизации, независимо от рассматриваемой войны [480, 523, 138]; индивидуальные психологические особенности, в том числе психофизиологический статус, адаптационные возможности, которые зависят от генетической наследственности [534, 138], возраста, пола, уровня образования [480, 521], интеллекта [497], воспитания [138], травматического опыта и психических расстройств в анамнезе [417, 513], склонности к чрезмерным вегетативным реакциям на стресс [146, 327]; наличия диссоциативной реакции на травму в началь-

ном периоде боевых действий [8, 9, 138, 350]; степени физической и психологической подготовленности к действиям в боевой обстановке [103, 138, 146, 354]; дефицитарности копинг-навыков [103, 146, 227, 327]; соматические дисфункции [227, 294, 327]; этнических особенностей и вероисповедания комбатанта, личностно-смыслового отношения к целям и задачам своего участия в боевых действиях; недостатка семейной и социальной поддержки ветеранов после войны [138, 283], и др. В.А. Олешко (2007) установил, что у ветеранов подразделений особого риска среднего возраста психосоматические нарушения (кардиалгии, психоастении, нарушения сна, интеллектуальных функций, физическая утомляемость и др.) встречаются в 39,9 % случаев, а у лиц пожилого возраста – в 55,5 % [261]. М.В. Корехова (2013) выявила, что на развитие психической дезадаптации у сотрудников ОВД, МЧС, военнослужащих, военно-морских специалистов влияет система профессиональных (стрессогенность профессиональной деятельности, участие в КТО, стаж работы до 5 лет и свыше 15 лет); социальных (отсутствие семьи, многодетность, низкий образовательный уровень, узкий круг социальных контактов); психологических факторов (неадаптивные копинг-стратегии, низкие интеллект и адаптационный потенциал, завышенная самооценка, тревожность, психическая неустойчивость, депрессия, соматические нарушения) [158].

Длительность травматизации и время, прошедшее с момента травматического события, также являются значимыми факторами, определяющими вероятность развития ПТСР. По мнению И.О. Котенева (1996), длительность пребывания в районе боевых действий является фактором риска развития ПТСР, поскольку перманентно-продолжительный характер воздействия стресс-факторов трансформирует их в психогенные и является причиной развития дезадаптации личности [164]. С.А. Кравцов (2000) разделяет стрессоры боевой обстановки на кратковременные (от нескольких часов до нескольких суток), с реальной угрозой для жизни, и длительного действия (от нескольких месяцев до нескольких лет), в условиях изоляции, порождающие усталость [172]. Е.О. Александров (2001), указывает, что случаи ПТСР часто встречаются после одного единственного боя, а иногда достаточно и длительного, тревожного ожидания нападения [13]. Е.В. Снедков (1997) также считает, что «вероят-

ность развития хронических последствий боевой психической травмы напрямую зависит от тяжести перенесенного стрессорного воздействия и продолжительности пребывания в условиях театра военных действий» [327, С. 44]. Р.Ю. Кореньяк (2003) выявил, что перманентное воздействие боевых стрессоров формирует неадекватные типы реагирования и нарушает адаптацию военнослужащих в большей мере, чем личного состава, психологически настроенного на длительное пребывание в боевых условиях. Самая низкая заболеваемость нервно-психической патологией (8 случаев на 1000 военнослужащих) отмечалась в частях, дислоцированных в Чечне на постоянной основе (срок пребывания более 12 месяцев) в условиях «импульсивного» боевого стресса, а самая высокая – в частях, находящихся в районах боевых действий 3 месяца (25 случаев на 1000 военнослужащих). При равной интенсивности стрессовых реакций решающую роль играет мотивация к участию в КТО [157]. По мнению Л.А. Китаева-Смыка (1983), при прочих равных условиях, более разрушающим воздействием на психику обладают кратковременные и сильные стрессы, по сравнению с длительными перманентными состояниями нервно-психического напряжения. Этот факт можно объяснить, исходя из теории ОАС Г. Селье [145]. По мнению И.В. Соловьева (2000), выполнение служебно-боевых задач более 60 суток, обуславливает развитие негативных психических состояний (снижение нервно-психической устойчивости, внимания, осторожности, скорости моторных реакций, возникновение апатии, депрессии, психофизиологических изменений) даже без участия сотрудников ОВД в активных боевых действиях [330]. Т.В. Абрамова (2000) установила, что у повторно откомандированных в Чечню бойцов ОМОН, после нахождения в районе боевых действий 90 суток, когда период отдыха между поездками составлял 2 месяца, выявлено значительное повышение симптомов «избегания» и «гиперактивации», а ПТСР определялось у 30 % комбатантов [2]. По данным Т.В. Михайловой (2002), среди бойцов ОМОН распространенность состояний психической дезадаптации (страх, тревога, подавленность, возбужденность) значительно нарастает при длительном непрерывном нахождении в условиях КТО. Непсихотические расстройства, длящиеся 3-5 дней, возникают в ходе или сразу после участия в спецоперации с применением оружия, и усиливаются при мысли о возможности вновь оказаться в

подобной ситуации [236]. А.П. Сложеникин (2009) считает, что психологическая адаптация сотрудников ОВД к боевым действиям в Чечне имеет следующие этапы: начальный (первые 3 месяца), долговременный (с 3-го месяца), заключительный (за 2 недели до окончания командировки). Нарушения адаптации проявляются в виде ОСР, ПТСР, соматовегетативных дисфункций, суицидальных тенденций, аддиктивного поведения. Успешной адаптации сотрудников ОВД к боевой деятельности способствуют: коммуникабельность, гибкость, ответственность, высокая психическая устойчивость, адекватная самооценка, ориентация на групповые цели и ценности [324]. По мнению Е.О. Александрова (2001), возврат к миру является дезадаптивным фактором, а при попадании вновь в экстремальные условия многие проявления ПТСР редуцируются [13]. О.Н. Прудникова (2006) отмечает, что основным жизненным ориентиром для 85,8 % ветеранов боевых действий является материальное благополучие, которое достигается не путем получения образования, а вследствие помощи общества и государства (слабая мотивация на самосовершенствование и иждивенческий подход к жизни) [292]. По данным Е.Г. Ичитовкиной (2011), нарушениям адаптации комбатантов в период возвращения к мирной жизни способствовали преморбидная ригидность, пессимистичность, аффективная неустойчивость, враждебность и «дискоммуникативность» личности. Социально-психологическая дезадаптация проявлялась в виде злоупотребления алкоголем (54,7 %), конфликтного и агрессивного поведения (50,2 %), промискуитета (50,1 %) и разводов (45,7 %) [125]. С.А. Колов (2007) считает, что долговременная адаптация к боевой обстановке сопровождается формированием специфических постстрессовых личностных изменений, которые впоследствии, под влиянием психосоциальных условий мирной жизни, закономерно претерпевают свою дальнейшую трансформацию [151].

Таким образом, перестройка нейрогуморальных, психофизиологических и психологических процессов, направленная на долгосрочное приспособление к экстремальным условиям боевой обстановки, затрагивает эмоционально-аффективный и когнитивный уровень психики, систему мировоззренческих установок, мотиваций, межличностные отношения, то есть структуру личности.

1.2.4 Особенности боевой психической травмы и личностных изменений у комбатантов

С позиции биопсихосоциального подхода изменения функционирования личности в условиях боевых действий затрагивают биологический, психосоциальный и социокультурный уровни, могут протекать как по регрессивному, так и по прогрессивному направлениям и рассматриваться с позиций психологии, патопсихологии, психопатологии и соматической медицины. Обобщенные результаты исследований личностных изменений в условиях КТО с точки зрения психической нормы [17, 211, 227, 337] представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Изменение функционирования личности в условиях боевых действий с точки зрения психической нормы

Личностные изменения		
Позитивные	Компенсующе-защитные (адаптационные)	Пограничные непатологические*
увеличение		
нервно-психической устойчивости, уравновешенности, самоконтроля и способности к эффективной мобилизации в экстремальных ситуациях; работоспособности, активности и быстроты реакции; воли, упорства, смелости и решительности, способности к самопожертвованию (героизма); ответственности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества; независимости, рациональности, реалистичности, объективности и проницательности; оптимизма; сообразительности, критичности мышления и восприимчивости к новому решению проблем; физической выносливости, толерантности к боли.	осторожности, бдительности, чуткости к опасности; эмоциональной холодности и социальной интроверсии; конформности по отношению к референтной группе; способности мыслить абстрактно-аналитически на основе минимальной информации и пренебрегая эмоциями; склонности к интеллектуальной трансформации тревоги, уходу от реальности в ирреальный мир фантазий.	эмоциональной напряженности, тревожности, страха и беспокойства; психомоторных проявлений (возбудимости, импульсивности, ошибочных действий или психического утомления, апатии и пассивности); психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, живота, потливость, тремор, головокружение, тошнота, бессонница и др.); гипотимических и дистимических проявлений; ригидности и индивидуалистичности.
снижение		
уровня непродуктивной эмоциональной напряженности; эгоцентризма и цинизма; числа лиц с застревающим типом акцентуации.	эмотивности; чувствительности к средовым воздействиям, потребности в отдыхе и личном комфорте.	концентрации внимания, скорости запоминания; уверенности в своих силах и др.

* Все изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности

А.С. Жаданюк (2005) проводит в своей работе сравнительный анализ состояний эмоциональной напряженности и эмоциональной неустойчивости как фенотипических способов эмоциональной регуляции личности в экстремальных ситуациях (таблица 3) [103]. Н.Б. Шабалина с соавт. (1999) у 33 % участников войны в Афганистане обнаружила выраженную неустойчивость эмоционально-волевой сферы в виде повышенной возбудимости, раздражительности, взрывчатости, расстройства сна [383]. М.Г. Кабаков (2000) указывает, что в течение 4-х месяцев пребывания в Чечне выявлено 578 случаев негативных реакций, состояний и расстройств, из которых 56,4 % составляло переутомление; 29,7 % – ситуативные стрессовые реакции; 4,5 % – психологическая демобилизация; 4,2 % – реактивные состояния; 2,6 % – вегетативные расстройства; 2,4 % – психопатические проявления [129].

Таблица 3 – Эмоциональные состояния личности в экстремальных условиях

Критерии различий	Эмоциональная напряженность	Эмоциональная неустойчивость
Формы проявления	Тревога, беспокойство, гипотимия, трудности сосредоточения и переключения внимания, сниженная работоспособность, утомление, длительное «застревание» на негативном аффекте, субъективизм в оценках	Сочетание гиперторможения с бессилием, раздражительности, импульсивности действий, эмоциональной экспрессии с растерянностью, страхами, апатией, колебание настроений между экзальтацией и подавленностью
Детерминанты возникновения	Субъективные: несоответствие ПВК уровню предъявляемых требований, высокая ответственность за результат деятельности и коллектива. Объективные: опасность для здоровья и жизни, необходимость принимать решения в условиях дефицита времени и информации.	
Характеристики психической деятельности	Снижение качества когнитивных процессов, нарушение оценки временных параметров, отвлекаемость внимания, снижение помехоустойчивости, нерациональное планирование и ошибки в деятельности, формализованное и краткое общение.	Замедление когнитивных процессов и двигательных реакций, используемые навыки не соответствуют обстановке, работа резко неравноценна в разные периоды времени по параметрам производительности и качеству выполнения, конфликтность.

Личностные характеристики детерминируют когнитивную оценку ситуации (ее смысловое восприятие как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей) и тип эмоционально-поведенческого стрессового реагирования. М.И. Дьяченко, В.А. Пономаренко (1990) утверждают, что во время выполнения

профессиональным контингентом боевых задач, детерминантами эмоционального напряжения являются: степень аффективной включенности, правильность оценки ситуации, предвидение хода и результатов деятельности, опыт личности [98]. Г.Г. По данным Н.В. Тарабриной (2008) у 25 сотрудников СОБР и 8 снайперов ОМОН, участвовавших в вооруженных конфликтах, характеристики посттравматического стресса не достигают клинически выраженного уровня ПТСР [354].

Патопсихологические изменения, связанные с боевой психической травмой, включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности: острые и отсроченные стрессовые реакции, динамически-ситуативную «комбатантную акцентуацию», отдельные симптомы ОСР и ПТСР, не достигшие уровня нозологических расстройств, а также девиантное и криминальное стрессовое поведение комбатантов. Психические нарушения, формирующиеся в рамках реакций, состояний и развитий, являются дезадаптационными образованиями донозологического уровня, которые имеют многофакторную природу и носят неспецифический, полиморфный характер, свидетельствуя о действии защитно-приспособительных механизмов [227]. Повторная и пролонгированная психотравматизация имеет ведущее значение в формировании краевых психопатий [137, 247, 253], начальным этапом которых являются патохарактерологические реакции [202]. Длительное нахождение в боевых условиях формирует стойкое восприятие обстановки как потенциально враждебной, готовность к импульсивному и агрессивному реагированию на угрожающие стимулы. При этом снижается ценность человеческой жизни и снимается психологический барьер перед убийством человека, поскольку отсутствует личная ответственность за социальные последствия совершаемых действий. На этом фоне может проявиться регресс поведения с увеличением частоты патохарактерологических реакций (таблице 4).

С.А. Колов (2007) считает, что в структуре личности участников локальных войн преобладают деструктивно-дефицитарные выражения Я-функций при сильном снижении их конструктивных показателей, указывающих на разрыв отношений с самим собой, другими людьми и окружающим миром [151]. После острого стресса возникают непродолжительные симптомы адренергической активации, характеризую-

щиеся тревогой, нарушениями засыпания, навязчивыми мыслями, которые расцениваются как естественная реакция на травматический стресс.

Таблица 4 – Патопсихологические изменения функционирования личности в условиях боевых действий

Стрессовые реакции	Девиантное и криминальное стрессовое поведение
1) эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического и др. типа; 2) регресс поведения на фоне реакций аффективно-эксплозивного типа и активно-разрушительных насильственных действий; 3) диссоциативная амнезия; 4) вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом, «флэшбэки»; 5) затруднение засыпания, устрашающие сновидения с реконструкцией военной обстановки; 6) чувство вины по поводу совершенного действия или неделанного; 7) «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования; 8) ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, отчуждение, озлобленность, обидчивость; 9) недоверчивость к близким и социальным партнерам, подозрительность; 10) деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей; 11) «комбатантная акцентуация» и др.	1) мстительность, пытки, жестокость и убийство военнопленных, уродование вражеских трупов; 2) драки, грабёж, насилие, убийство мирных жителей; 3) угроза или убийство своих командиров («фраггинг»); 4) злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (каннабиноиды, опиаты), с преобладанием атарактических и гедонистических мотивов; 5) снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия; 6) беспечность, безответственность, недисциплинированность, самовольное оставление места дислокации, дезертирство; 7) отказ выполнять приказы, участвовать в боевых операциях, предательство; 8) нарушение правил эксплуатации техники, аварийность, производственный травматизм, 9) небрежное отношение к своему здоровью (ранению); 10) суицидальные попытки, членовредительство; 11) аггравация, симуляция, претензии на исключительность и др.

С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник (2005) считают, что для начального периода боевых действий характерны вегетативно-сосудистые симптомы, эмоциональная лабильность, гиперестезия, тревожная настороженность, депрессивно-апатичное настроение и отдельные симптомы ОСР [201]. Эмоциональная напряженность сопровождается тревожно-эйфорическим аффективным подъемом, непоследовательными решениями и бесцельной немотивированной деятельностью [77]. Формирование девиантного и криминального поведения в боевой обстановке обуславливается факторами отягощенной наследственности, неправильным типом семейного воспитания и аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в довоенном периоде.

Иногда спустя несколько лет после пережитой психотравмы развиваются связанные с ней различные невротические и патохарактерологические стигмы, на фоне которых формируются выраженные патологические состояния [227]. Под динамически-ситуативной комбатантной акцентуацией понимается совокупность приобретенных и ранее существовавших личностно-характерологических особенностей, динамика которых определяется спецификой боевых и мирных условий существования, а проявление – различными вариантами взаимодействия комбатантных и изначально присущих характерологических черт, обуславливающих их различную социальную адаптацию. Зоной наибольшей уязвимости в структуре комбатантной акцентуации оказывается индивидуальный и личностно перерабатываемый комплекс боевых переживаний, играющий ведущую роль в ее становлении и отражающий особенности вхождения комбатанта в мирную жизнь [211]. Комбатантная акцентуация является ситуативным субклиническим вариантом ПТСР, на фоне которого может происходить дальнейшая психопатизация личности и развитие коморбидных (сопутствующих) психических расстройств. Комбатантные акцентуации подразделяются: 1) в зависимости от темперамента – на стенический, астенический и дисстенический варианты; 2) по особенностям социальной адаптации – на конструктивные (функциональные, адаптивные) и деструктивные (дисфункциональные, дезадаптивные) разновидности в зависимости от особенностей взаимодействия социальной и наследственно - конституциональной составляющих [227]. По заключению Н.А. Антоновой (2010) у комбатантов с тревожным, возбудимым и циклотимным типом акцентуации (комплекс «комбатантной акцентуации») происходит потеря смысло-жизненной мотивации после пребывания в ситуации боевых действий, то есть формируется отсроченная реакция на стресс, что может привести к социальной дезадаптации в условиях мирной жизни [23]. Ю.А. Александровский (2000) приводит следующие дифференциальные признаки пограничных форм психических расстройств: 1) психогенные факторы играют основополагающую роль в их возникновении и декомпенсации; 2) преобладает невротический уровень психопатологических проявлений; 3) взаимосвязь с личностно-типологическими особенностями, вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна, «органической предрасположенностью» мозговых систем и соматическими проя-

лениями; 4) личность сохраняет критическое отношение к своему состоянию [17].

Психопатологические последствия чаще развиваются у индивидов, недостаточно профессионально и психологически подготовленных, и не имеющих боевого опыта, включают устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней (таблица 5).

Таблица 5 – Психопатологические последствия боевой травматизации

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
1. Психогенные патологические реакции: «боевая экзальтация», острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности к целенаправленной деятельности. 2. Психогенные невротические состояния: стабилизированные и усложняющиеся невротические расстройства – неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности. 3. Острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство. 4. Органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, дисциркуляторной энцефалопатии и др.). 5. Посттравматическое расстройство личности.	1. Острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением или двигательной заторможенностью. 2. Затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы. 3. Психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ. 4. Экзогенно-органические психозы. 5. Декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др. Психотический уровень нарушений наблюдается на фоне потери контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния.

Боевая психическая патология выделяется в отдельную группу психических нарушений, поскольку на любой войне неизменным остается ее основной принцип – «убей сам или будь убитым» [227]. По мнению Е. Джонс с соавт. (E. Jones, 2002), невротические расстройства в боевых условиях носят универсальный характер и не зависят от типа военных действий, являясь основной причиной формирования пограничных психических расстройств у 50 % комбатантов [469]. По данным американских психологов, эмоциональное перенапряжение привело к развитию неблагоприятных психических последствий у 25 % участников войны во Вьетнаме, при этом среди раненных и калек число лиц с отдаленными психическими расстройствами

достигало 42 % [80]. В структуре реактивных состояний удельный вес психозов в первую Мировую войну составлял 1,3 % [118], во вторую – 2,5 % [203, 314], во время войны в Афганистане этот показатель составил 2,8 % [200]. О.Н. Прудникова (2006) установила, что удельный вес болезней класса «Психические расстройства и расстройства поведения» составляют от 12,8 до 38,3 случаев на 1000 ветеранов, в зависимости от интенсивности и распространенности военных действий [292]. По данным Б.В. Дриги (2012), у комбатантов в структуре психических расстройств преобладают невротические и связанные со стрессом расстройства (73,3 %), среди которых 67,1 % составляет ПТСР. Клиническая картина боевых ПТСР у комбатантов молодого возраста в 90,7 % случаев осложняется сопутствующей психической патологией: тревожными расстройствами (28,6 %), расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (23,5 %), психосоматической дисфункцией и расстройствами личности (20,4%) [94]. Коморбидными с ПТСР являются тревожные, диссоциативные, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия и расстройства личности (пограничное, диссоциативное, параноидное, шизоидное и др.) [35, 214, 332, 408, 503]. А.Г. Караяни (1998) считает одной из причин постстрессовых расстройств у комбатантов недостаточность адаптационных процессов [142].

В таблице 6 отражены диагностические критерии острого (ОСР) и посттравматического (ПТСР) стрессовых расстройств согласно DSM-IV [404, 410]. В DSM-IV-R (2000) диагностические критерии ПТСР практически не отличаются от DSM-IV и содержат небольшие поправки, основанных на данных эпидемиологических исследований заболеваемости ПТСР после различных ЧС. Например, в DSM-IV-R подчеркивается, что высокая интенсивность воздействия стрессора и физическая приближенность к нему создают более высокий риск развития ПТСР [533]. ПТСР в МКБ-10 описывается в разделе F43.2, при этом имеется несоответствие критериев и терминологии с DSM-IV. В МКБ-10 есть указание на необходимость для диагностики лишь симптомов «вторжения» (повторного переживания травмы), другие симптомы не являются обязательными для постановки диагноза ПТСР [144, 229].

Таблица 6 – Диагностические критерии постстрессовых расстройств
(DSM-IV)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
А	Факт переживания индивидом события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта: индивид стал очевидцем события, связанного со смертью или угрозой смерти, ранения, увечья своего или окружающих; получил информацию о насильственной смерти близкого человека или о собственной причастности к смерти другого человека; событие сопровождалось интенсивными эмоциональными переживаниями (страха, беспомощности, ужаса).		
В	Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов: вторгающимися воспоминаниями (образы, мысли, ощущения) и сопровождается чувством тревоги и страха; повторяющимися сновидениями с реконструкцией фактов происшествия; «флэшбэками» – нарушение ориентировки (длящихся от нескольких секунд до часов или суток), в ходе которых вновь переживается травматическое событие и повторяется тот же алгоритм действий, как в момент психотравмы, а события текущего момента отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания; выраженным дистрессом; физиологическими реакциями на «ключевые стимулы», ассоциированными с аспектами травматической ситуации.	б	Либо в период травмы или после нее, наблюдается диссоциативная симптоматика: ощущение эмоциональной зависимости, «притупление» или отсутствие эмоционального реагирования, сужение («спутанность») сознания, дереализация, деперсонализация, диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события).
С	Упорное избегание: мыслей, чувств, разговоров; мест, людей и деятельности, ассоциированных с травмой. Амнезия на события и явления, связанные с деталями психотравмы при сниженном реагировании на сенсорные раздражители («психическая анестезия»). Снижение интереса и участия в ранее значимых видах деятельности. Стремление к психологической изоляции (чувства зависимости, отчужденности или отстраненности от людей). Сужение спектра и уменьшение силы эмоционального реагирования. Снижение способности испытывать радость, сострадание, любовь и эмоции, связанные с сексуальными аспектами. Чувство «сокращения или отсутствия будущего» (планов на будущее, ожиданий успехов в карьере, возможности иметь семью).	с	Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов: вторгающимися неприятными воспоминаниями, повторяющимися сновидениями или «флэшбэками», вызывающими выраженный психологический дистресс, физиологическими реакциями на «ключевые стимулы», ассоциированные с травмой.
Д	Симптомы физиологической гипервозбудимости (гиперактивации): затрудненное засыпание, устрашающие сновидения, содержащие обстоятельства травмы, бессонница, раннее просыпание и частые пробуждения. Сновидения сопровождаются тягостным чувством страха, сон часто прерывается криком и пробуждением с тахикардией, тахипноэ, гипергидрозом. В просоночном состоянии могут быть агрессивные (рефлекторно-оборонительные) действия, направленные на находящиеся рядом людей. Аф-	д	Упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмой, уменьшение общей реактивности организма, проявляющееся в избегании мыслей, чувств, разговоров, деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминание о травме.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
	фективные реакции – внезапные вспышки ярости, агрессивность. Раздражительность, общая тревожность, сверхбдительность. В стрессовой обстановке – затруднения концентрации внимания, гиперреагирование и готовность к оборонительной реакции «бей или беги». Повышенная сосредоточенность на новых впечатлениях («бегство от старого»).		
Е	Продолжительность расстройства не менее 1 месяца (по американскому стандарту), в Европе – не менее 6-ти месяцев.	е	Устойчивые симптомы физиологической гипервозбудимости (не присутствовавшие до травмы): трудности засыпания (бессонница), повышенная раздражительность, вспышки гнева, немотивированная бдительность и повышенная готовности к «реакции бегства», отсутствие усталости, потребности в отдыхе.
F	Нарушение психической адаптации, снижение профессиональной работоспособности и ухудшение качества жизнедеятельности в целом.	f	Клинически значимый дистресс, нарушение способности к общению окружающим о пережитой травме.
		g	Расстройство возникает в течение 1 месяца после травмы и длится от 2 дней до 4-х недель.
Виды ПТСР в соответствии с особенностями проявления и течения: <i>острое</i> – развивающееся в сроки до 3-х месяцев (не путать с ОСР); <i>хроническое</i> – имеющее продолжительность более 3-х месяцев; <i>отсроченное</i> – симптоматика проявилась спустя 6 и более месяцев после психической травматизации.		h	Расстройство не связано с прямым действием наркотических или лекарственных веществ, общесоматическим состоянием, не подходит под определение психотического расстройства и не является экзацербацией имеющегося психического заболевания.

Р. Кесслер с соавт. (R. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet et al., 1995) обнаружил, что частота ПТСР составляет у комбатантов 38,8 % [473]. По данным И.Б. Ушакова и Ю.А. Бубеева (2005) ПТСР страдают 50-55% комбатантов, участвовавших в локальных войнах [364]. По результатам исследования М.Е. Иконниковой из 97 участников контртеррористической операции на территории Чеченской республики, у 22 % военнослужащих выявлена высокая выраженность признаков ПТСР, а также получена достоверная взаимосвязь между тяжестью боевого опыта и ПТСР [352]. Н.В. Тарабрина (2008) выделила 2 группы комбатантов МВД, разли-

чающихся по степени выраженности показателей ПТС. В группе Б (n = 14), по сравнению с группой А (n = 19), установлен более высокий уровень тревожности, депрессии, общей психопатологической симптоматики и симптомов ПТСР [354].

По мнению Г.А. Фастовцова, В.Г. Василевского (2005), боевой стресс, приводящий к формированию ПТСР, более полиморфен, длителен и носит кумулятивный характер, по сравнению с ПТСР другой этиологии (при катастрофах, стихийных бедствиях и т.д.). Боевые ПТСР являются более разрушительными, как по своим социальным (профессиональным, межличностным, семейным, мировоззренческим), так и психическим (в том числе психосоматическим) последствиям [65, 366]. Сравнительный анализ выраженности признаков ПТСР, психопатологической симптоматики, депрессивных симптомов, личностной и ситуативной тревожности у ветеранов войны во Вьетнаме, Афганистане и Чечне показал, что полиморфные изменения в психике участников войны в Чечне во многом отличны от тех, которые характерны для участников вьетнамской и афганской войн [352]. Е.О. Александров (2001), в частности, утверждает, что «...если сравнивать боевые действия в Афганистане и Чечне 1994-1996 гг., можно предположить, что последние более негативны и психотравматичнее для участников и общества в целом» [13, С. 33]. А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин установили, что среди ветеранов Афганистана ПТСР определяется у 10-15 %, частичные симптомы диагностируются еще у 20-30 %, а среди ветеранов Чечни эти показатели в 1,5-2 раза выше [216]. Исследования ПТСР, проведенные в рамках российско-американского проекта, выявили, что основные параметры психологического состояния участников боевых действий в Афганистане, в целом, аналогичны таковым в США. У 17 % афганских ветеранов из обследованной выборки наблюдается ПТСР. При этом группу ветеранов с ПТСР достоверно характеризуют более высокие уровни тревожности [32], депрессии и общей психопатологической симптоматики, а также высокий уровень алкогольной зависимости – 66,7 % [108, 346, 530, 531]. А.А. Кучер указывает, что 10 % суицидов во внутренних войсках РФ среди офицерского состава со времен первой Чеченской компании произошло на почве депрессии и ПТСР [184].

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально: невроз тревоги, депрессивный синдром, панические расстройства, агорафобия, социофобия, враждебность, социальное отчуждение, склонность к суицидальным мыслям или попыткам, медикаментозная, алкогольная или наркозависимость, психосоматические заболевания. Эти факторы служат пусковым механизмом, «раскручивающим» преморбидно существующий индивидуальный конгломерат биологических и социально-психологических взаимодействий [227]. Вероятность развития ПТСР выше у ветеранов, перенесших в условиях боевых действий реактивные состояния и испытывающих трудности вербализации эмоциональных переживаний [138]. По мнению А.Б. Смулевича (2003), предикторами развернутой картины ПТСР могут быть субдепрессивность и гипоманиакальность людей, подвергшихся психической травме [294, 326]. В.Г. Василевский и Г.А. Фастовцов (2005) считают, что для клинической картины боевого ПТСР специфично наличие максимально или минимально выраженных симптомов, перемещающихся между полюсами невротического и психотического регистра, от эпизодической гипотимии до стойкой депрессии, от навязчивых боевых воспоминаний до мучительных эйдетических эхомнезий, от тревоги до диффузного страха, от настороженности до подозрительности, от сверхценных опасений до параноидной настроенности и т.д. [65]. Предикторами благоприятного прогноза являются быстрое начало, благополучный преморбид и выраженная социальная поддержка [138].

В литературе выделяют две формы возникновения ПТСР – раннюю и отложенную. При ранней форме начальный этап ПТСР, называемый этапом невротических постреактивных расстройств или доклиническим, длится около 1 месяца. Затем, примерно в 50 % случаев, в течение 3-х месяцев происходит полное выздоровление. В зарубежных исследованиях доказано, что отсроченное во времени начало характерно для «военных» ПТСР [452, 502, 511]. К. Пригерсон с соавт. (K. Prigerson et al., 2001) наблюдал у комбатантов отставленное начало ПТСР в 4,5 раза чаще, чем при других видах психической травматизации [510]. По мнению Р.С.

Кесслера с соавт. (R.C. Kessler et al., 1995), у 1/3 пострадавших спонтанное излечение наступает в течение 1-го года после травмы, у 50 % – спустя 4 года [473]. По сообщениям других авторов, 30 % больных, страдающих ПТСР выздоравливают полностью, у 40-60 % сохраняются умеренные нарушения и у 10-20 % наблюдается переход в тяжелые хронические формы [138].

Этап навязчивых воспоминаний – эхомнезий или этап репереживаний [327], прослеживается в 93,6 % случаев ПТСР. По данным Е.К. Бай-Балаевой (1989) и М.Ш. Магомед-Эминова с соавт. (1990) длительность этого этапа составляет 3-6 месяцев [35, 214], по исследованиям Е.В. Снедкова (1997) – 24 месяца [327], по данным А.В. Смирнова (1997) – от 2-х до 7 лет, в среднем 30,4 месяца [325]. Е.О. Александров (2001) указывает, что при отложенном начале ПТСР симптомы эхомнезий появляются через 6 месяцев после травматического события. На фоне относительного благополучия (когда имеются невротические симптомы, не выходящие за пределы предболезни), внезапно появляется клиника ПТСР, отсроченная по времени от психотравмы на 6 и более месяцев (иногда до 30 лет) [13]. Симптом «вторгающиеся воспоминания» у комбатантов трансформируется в обсессивно-фобические состояния с навязчивым страхом за безопасность своих близких. А.Б. Белевитин (2010) указывает, что эхомнезии сопровождаются повторным переживанием угрозы жизни, выраженными тревожно-вегетативными проявлениями («при внезапном ярком свете возникает сцена пылающей машины и горящих, как факелы, людей», «во вспышках салюта видятся сцены ночного боя», «от звука хлопучек впадаю в бешенство») [227]. В силу того, что травматические воспоминания остаются не интегрированными в когнитивную схему личности и почти не изменяются с течением времени, индивид остается «застывшим» в травме как в актуальном переживании, вместо того чтобы принять ее как нечто, принадлежащее прошлому [283]. По данным Е.О. Александрова (2001), длительность этапа эхомнезий у 26,9 % ветеранов Афганистана составляла около 6 месяцев, у 19 % около 2-3-х лет и у 54 % ветеранов – более 3-х лет [13].

Другой симптом ПТСР – «избегание мыслей, чувств, разговоров, мест, людей и деятельности, ассоциированных с травмой» – обладает амбивалентными

чертами. Так, многие комбатанты избегают смотреть фильмы о войне и репортажи из района боевых действий, однако выбирают гражданские профессии, связанные с риском, а также охотно, при возникновении такой возможности, возвращаются в боевую обстановку, поскольку считают свое боевое прошлое «лучшими годами жизни». Стремление к риску, компульсивное повторное переживание травматических событий – поведенческий паттерн, который не нашел отражения в диагностических критериях ПТСР. Данный феномен («ревиктимизации»), по мнению Н.В. Тарабриной (2001), связан с тем, что индивид неосознанно стремится к участию в ситуациях, сходных с травматическим событием, так как компенсация состояния наступает в условиях, где был выработан механизм долговременной адаптации [283]. R.S. Epstein (1993) к специфическим особенностям боевых ПТСР относит «вину выжившего» («за совершенное» или «за то, что я остался жив, а товарищи погибли») и нарушения кратковременной памяти, и указывает, что ретроспективное исследование отсроченных реакций на факторы боевой обстановки ограничены тем фактом, что симптомы «избегания» ПТСР часто ведут к нарушениям воспоминания [442]. По мнению Н.В. Тарабриной и Е.А. Миско (1998), для ветеранов характерен феномен «укорочения жизненной перспективы», который встречается тем чаще, чем тяжелее симптомы ПТСР. При этом наиболее изменен эмоциональный компонент «восприятия будущего», поскольку планирование предполагает возможную травму в дальнейшем и вызывает чувства одиночества, безнадежности, несчастья. Результатом этого процесса становится реакция избегания любых чувств, не только негативных, но и позитивных («чувственное онемение») [347]. Избегание мыслей, чтобы не испытывать возбуждения, способствует импульсивному поведению комбатантов [233]. Убеждение, что мир опасен и непредсказуем, лишает человека возможности планировать свою жизнь, так как внутри себя он наталкивается на эмоции травмы, которые являются ориентиром для отказа от действий [538]. Жизненная перспектива, ориентация на настоящее и будущее – один из важнейших регуляторов деятельности человека, а его нарушения серьезно затрудняют социальную адаптацию [383].

Симптомы гипервозбудимости ПТСР являются сложными психофизиологическими процессами, в которых постоянная антиципация серьезной угрозы служит причиной трудностей с концентрацией внимания. Адаптивная роль возбуждения вегетативной нервной системы состоит в мобилизации внимания и ресурсов организма в потенциально опасной ситуации. Длительное продуцирование предупредительных сигналов приводит к тому, что физические ощущения теряют функцию раннего оповещения о надвигающейся угрозе. В результате утрачивается способность гибкого реагирования, а собственная физиологическая активность становится источником страха индивида [283]. По данным Н.В. Тарабриной и коллег (2002), психофизиологическая реактивность наиболее выражена у ветеранов Афганистана с интенсивными проявлениями ПТСР [529]. Е.О. Александров (2001) сообщает, что у ветеранов Чечни в 95 % случаев выявляется синдром «гиперактивации» (недоверчивость, раздражительность, нарушения сна и концентрации внимания). Недоверчивость проявляется стремлением к уединению, негативизмом, отказом от медико-психологической помощи и объясняется психологической защитой от непредвиденных событий [13]. Я.Ю. Епутаев (2003) выявил отрицательную корреляцию между уровнем выраженности симптомов гипервозбудимости, «вторжения» ПТСР и эргичностью в интеллектуальной сфере [100].

Особый интерес представляют исследования отсроченных реакций на психотравмирующие факторы боевой обстановки. М. McFall с соавт. (1999) считают, что с течением «посттравматического» времени на первый план выступают «вторичные» факторы травматизации [498]. В западной литературе (Van der Kolk В.А., Ducey С.Р., 1989) под термином «сложного ПТСР» указаны личностные изменения: нарушение регуляции эмоций, внимания, концентрации и мышления; самовосприятия и отношений с другими, а также соматизация – изменения в сердечно-сосудистой, пищеварительной системе и сексуальные проблемы [538]. М.Е. Зеленова и Е.О. Лазебная (2000) отмечают, что с течением времени эмоциональный статус ветеранов определяют симптомы «избегания», физиологическая гиперреактивность, более высокие уровни тревожности и депрессии [109]. Результаты исследований Н.Б. Шабалиной, Л.Н. Чикиновой, Е.В. Назимок с соавт. (1999) показа-

ли, что у 98 % ветеранов Афганистана истощаемость психических процессов приводит к нарушениям внимания (объем, распределение и переключение), динамики мнестической деятельности и мыслительных процессов (инертность, лабильность), которые не носят характер грубой дезорганизации, а имеют преходящий характер в виде неустойчивой умственной работоспособности [383].

Многие исследователи [13, 17, 327, 337, 354, 355 и др.] считают, что посттравматические личностные изменения полностью не описываются диагностическими критериями МКБ-10 под рубрикой F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», а также не сводятся к акцентуациям и психопатиям. В зарубежной терминологии произошедшие изменения называют посттравматическими личностными расстройствами (posttraumatic personality disorder – РТРС), так как хронические симптомы ПТСР часто отмечаются на протяжении всей последующей жизни индивида. Е.В. Снедков (1997) считает, что этап патохарактерологических изменений, в среднем, начинается через 2 года после психической травмы. Он характеризуется потерей связи наблюдаемой клинической картины с первичными психотравмирующими переживаниями, и на первый план выходят различные виды психосоциальной дезадаптации. На фоне снижения частоты и степени выраженности эхомнезий начинается смещение акцента в сторону характерологических, эмоционально-волевых и поведенческих расстройств, проявляющиеся в виде дистимии, подозрительности, ранимости, нарушения социальной коммуникации и агрессивных реакций [327]. Напротив, Е.О. Александров (2001) утверждает, что патохарактерологические личностные изменения начинаются с самого начала расстройства и просто «маскируются» симптомами первой фазы, а после их редукции выходят на первый план. К концу этапа эхомнезий психопатологические личностные изменения уже практически зафиксировались [13]. Видимо пролонгированное реактивное состояние, возникающее в ранние сроки комплексной боевой психотравматизации, поддерживается перманентными стрессорами повседневной жизни по возвращении из зоны КТО, а новые модели поведения, сформированные в экстремальных условиях, становятся факторами социальной дезадаптации в течение многих лет после возвращения из «горячих точек».

Е.В. Снедков (1997) предлагает термин «дефензивно-эпилептоидное изменение личности» и рассматривает его в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Составляющими компонентами характерологических деформаций являются настороженно-враждебное восприятие действительности, изменения аффективности с постоянной тревогой и импульсивностью, подозрительность, ранимость, нарушение социальной коммуникации, вследствие возникновения агрессивных вспышек, категоричности и полярности суждений [327]. Д.В. Ольшанский указывает, что демонстративность поведения отмечается в 50 % случаев, агрессивность – в 58,5 %, подозрительность – в 75,5 %. Типичны сочетания гиперчувствительности и беспомощности, тревожности и ригидности. Взаимно дополняя и усиливая друг друга, эти характеристики делают поведение менее адекватным. При этом возрастает ценность принадлежности к группе («афганское братство») и одновременно падает ценность отдельной человеческой жизни [263]. По мнению Н.Б. Шабалиной с соавт. (1999), в мирной жизни ветераны Афганистана стремятся к объединению с себе подобными, ориентируясь на ценности и нормы, которые сложились у них во время боевых действий, при этом в служебном коллективе отношения складываются в виде противопоставления своих взглядов группе [383]. В исследовании Н.Г. Ещенко (1997) установлено, что у 14 % сотрудников СОБР, принимавших участие в боевых действиях в Чечне, наблюдаются выраженные симптомы ПТСР, а у 80 % отмечается повышенный уровень как физической, так и вербальной агрессии [102]. Е.О. Александров (2001), изучив агрессивность у ветеранов Афганистана, выявил, что природная, инстинктивная агрессия у комбатантов по своему уровню практически такая же, как и у не воевавших людей, но регулируемость агрессии – почти на 50 % хуже [13]. Эмоции являются реакцией на когнитивный конфликт, мотивами защитного и совладающего поведения [466, 481], поэтому агрессия у ветеранов – это один из психологических способов восстановления контроля над окружающим миром. Она может проявляться в виде гетероагрессии (чрезмерная защита себя и близких, сверхбдительность) и аутоагрессии («вина выжившего», усвоенная беспомощность, злоупотребление психоактивными веществами, суицид) [13].

Е.О. Александров (2001) считает, что «усвоенная беспомощность» – это убеждение, что любые усилия по контролю окружающего мира бесполезны. Происходит генерализация и обобщение результатов травматического события на все последующие, к этому присоединяется вина за свои действия, негативная самооценка. Теряется способность реально осмысливать собственные действия в контексте окружающего мира, что приводит к неуверенности в своих силах, сдержанности в выражении своих чувств, ограничению контактов с людьми [13]. А.С. Жаданюк (2005) отмечает, что регламентированная деятельность в условиях длительного нахождения в условиях КТО, ограничивает свободу проявлений личности, снижая эффективность усвоения новых и уменьшая общее число моделей поведения. Структура деформации личности включает: стереотипность реакций, шаблонизированность, ригидность эго и количественную ограниченность поведенческих моделей [103]. По данным Е.Г. Ичитовкиной (2011), у 57,5 % комбатантов МВД нозологическая структура пограничных психических расстройств представлена нарушением адаптации (38,1 %), ПТСР (28,2 %), неврастенией (20,3 %) и расстройствами личности (13,4 %) [125]. Х.Б. Ахмедова (2004) считает, что личностные изменения при ПТСР у профессионального контингента сходны с таковыми у мирного населения Чеченской республики, пережившими военные действия. Автор описывает «фанатический» тип личности при ПТСР: «...у лиц возбудимого и застревающего типа обнаруживается зависимость между ПТСР, расстройством адаптации и выраженной отчужденностью, замкнутостью, подозрительностью, жестокостью, прямолинейностью и авторитарностью. Сочетание указанных черт в 39,2 % случаях приводит к формированию ригидных установок, достигающих уровня сверхценных идей... При фанатическом варианте личностные изменения меняется смысл жизни: в 77 % случаев смыслом жизни становится месть, в 32 % – утверждается, что жизнь не имеет смысла» [33, С. 37-38]. И.А. Павлова, М.Н. Изотенкова (2003), путем кластерного анализа выборки комбатантов (n=52), установили 5 групп эмоционально-личностных проявлений ПТСР. Первая группа (28,8 %) включает выраженные мужские черты характера и гипоманиакальные тенденции, низкий уровень тревоги и ограничительного поведения. Вторую группу (19,2 %)

отличают мужские черты характера, неадекватное эмоциональное реагирование, повышенная тревога, неудовлетворенность собой, низкая ригидность аффекта, пессимистичность, молчаливость. Третья группа (13,4 %) характеризуется низкой выраженностью мужских черт характера, ярким демонстративным поведением и вытеснением факторов, вызывающих тревогу. Четвертая группа (21,2 %) отличается низкой выраженностью мужских черт, фиксацией тревоги, эмоциональной напряженностью, ригидностью аффекта, ограничительным поведением, подозрительностью, враждебностью, упрямством, агрессивностью, низкой самооценкой. Пятая группа (17,3 %) характеризуется невыраженными мужскими чертами, неадекватностью эмоционального реагирования, вытеснением факторов, вызывающих тревогу, ранимостью, которая ослабляется аутизацией [270]. М.Ж. Horowitz (1997) считает, что под воздействием травмы изменяются, в первую очередь, схемы «Я» и схемы ролей [465], J.L. Krupnick (1981) описывает фрустрацию по поводу собственной уязвимости, самообвинения, страх перед будущей потерей контроля над чувствами [477]. М.А. Падун и В.А. Агарков (2002) считают, что участие в войне разрушает одно из базовых убеждений личности – «мир безопасен», вместо него формируется другое – «мир опасен и непредсказуем», а собственное «Я» воспринимается как не заслуживающее любви и уважения. В случае неэффективного совладания с травмой негативная картина мира и собственного «Я» сопровождают развитие ПТСР [271]. А.А. Утюганов (2011) подчеркивает, что смысловое переживание боевого стресса является способом совладания с его последствиями, интеграции экстремального боевого опыта в индивидуальную картину мира, систему ценностей и отношений личности. При этом негативная смысловая динамика (утрата способности открытого восприятия и переживания опыта) чаще наблюдается у лиц, впервые участвующих в боевых действиях [362]. У ветеранов нарушается еще одно базовое чувство – привязанность, без которого невозможны любовь и дружба [134, 135]. На войне нельзя ни к кому привязываться, чтобы не испытывать затем боль утраты, поэтому возникает чувство одиночества, отчуждение от других [271]. Е.О. Александров (2001) считает, что нарушение регуляции эмоций и чувство отчуждения приводят к проблемам в семейной жизни – кон-

фликтам, отсутствию стабильности, моральному и физическому насилию, трудностям в сексуальных отношениях [13]. Н.Б.Шабалина с соавт. (1999) установила, что из 72 % воинов-афганцев, состоящих в браке, лишь 35 % были удовлетворены своими семейными отношениями. При этом у комбатантов отмечается отсутствие чувства близости с партнером, когда обширные сексуальные контакты не сопровождаются возникновением эмоциональных связей и не являются жизненной ценностью; или наблюдаются многочисленные попытки создания семьи, которая рассматривается как ценность, однако недоверчивость, враждебность, неспособность выразить чувства, адекватно оценить свои поступки и чувства окружающих, приводят к разочарованию в партнере и поиску нового идеала. Встречается устойчивый, но конфликтный, не приносящий удовлетворения брак, в котором сексуальные и невротические расстройства мужа вступают в противоречие с неадекватными установками жены [383]. По мнению Н.А. Антоновой (2010), холодные, безразличные внутрисемейные отношения оказывают более негативное воздействие на психику, чем отношения конфликтные, неровные или часто обостряющиеся [23]. Раздражение и гнев, позволившие выжить в опасной ситуации, становятся привычной реакцией на любые (негативные, позитивные) раздражители. Это является причиной социальной дезадаптации, проявляющейся в разрушении семейных и дружеских связей, утрате способности к систематической профессиональной деятельности, уходу из общественной жизни [13]. Е.О. Александров (2005) рассматривает четыре возможных варианта семейных отношений, если один из членов семьи страдает ПТСР: вербальное и физическое насилие из-за гипервозбудимости комбатанта; эмоциональная холодность, скрытность, приводящая к недоверию, фрустрации и сексуальной дисгармонии; злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, в результате чего семья испытывает кризисы и в один из них может распасться; созависимость других членов семьи, которые помогают аддикции травмированного [14]. Однако семейная стабильность может выступать в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние путем когнитивной, эмоциональной и инструментальной помощи [283].

Некоторые исследователи рассматривают личностные изменения участников боевых действий в контексте социально-общественного к ним отношения. По мнению Д.В. Олышанского (1991) к наиболее важным социально-психологическим проблемам ветеранов относятся: личностные изменения в ситуации войны, повторная трансформация, связанная с реадаптацией личности к мирным условиям, разногласия между обществом и комбатантами, затрудняющие их адаптацию [263]. Пережив боевой стресс и адаптировавшись к ситуации «убей или выживи», ветеран, по возвращении домой, часто оказывается не в состоянии нормально реагировать на ситуации мирной жизни. Многолетние исследования (1970-1980 гг.), позволили Дж. Ф. Борус (J.F. Bogus) разграничить комбатантов на адаптированных («успешно преодолевающих») и дезадаптированных – эмоционально-неустойчивых и импульсивных «социопатов» [227, 293]. П.О. Лабунский (1996) выделил группы «агрессивно-активных» комбатантов, использующих для достижения своих целей насилие и агрессию, «агрессивно-пассивных» (подавляющих агрессию в себе), «пассивно-нулевых», решивших «забыть» прошлое и «активных приспособленцев», достигших высокого общественного положения за счет социальных привилегий [211]. В исследованиях М.Е. Зеленовой и Е.О. Лазебной (2000, 2003) установлено, что успешнее преодолевают последствия военной травмы комбатанты с высоким волевым самоконтролем, сумевшие найти цель в жизни, поэтому в процессе психотерапии у ветеранов необходимо формировать и укреплять доверие, отзывчивость и милосердие к людям [109, 110].

На этапе личностных изменений происходит также хронизация соматических проявлений. По данным Е. Lee, F. Lu (1989), отсроченные эффекты в виде более ранней смертности наблюдались у 56 % людей, переживших тяжелые боевые действия, при этом они умирали или были хронически больны в возрасте до 65 лет [483]. Имеются многочисленные сведения, констатирующие у ветеранов войн соматические жалобы, нарушения сна, злоупотребление лекарствами и ипохондрический синдром [13, 211, 424, 433, 479]. С.А. Колов (2009) отмечает, что наиболее часто комбатанты жалуются на боли в теле, нарушения желудочно-кишечного тракта, истощение [152]. Л.Н. Чикиновой (1998), в ходе комплексного

клинико-экспертного обследования 132 воинов-афганцев в возрасте от 20 до 50 лет (85 % – в возрасте до 29 лет) было установлено, что длительность заболеваемости у 25 % больных и инвалидов составила $10,2 \pm 0,85$ года; у 43,2 % – $7,2 \pm 0,64$ года; у 22,7 % – $4,2 \pm 0,85$ года и у 9,1 % больных – $2,05 \pm 0,15$ года. У 93,2 % комбатантов выделялись 4 основные группы заболеваний: желудочно-кишечные – 46,9 %, сердечно-сосудистые – 27,3 %, заболевания легких – 18,2 %, артриты – 7,6 % [382]. А.Л.Пушкарев с соавт. (2000) указывает, что в хронические психосоматические заболевания переходят изменения в тех органах и системах (сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, мочеполовая), которые наиболее сильно реагировали в момент воздействия психотравмы. По данным экспертов Военно-медицинской академии (ВМА), у участников боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в 2-3 раза выше вероятность гастрита, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки [300]. Л.А. Сазыкин с соавт. (2000) установил, что среди комбатантов ОВД у 32 % преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, а у 27 % лиц – желудочно-кишечного тракта [310]. По данным Е.В. Фроловой (2010), на первом месте в структуре заболеваемости участников боевых действий стоят болезни нервной системы (43,0 %) [374]. А.А. Стрельников (1998) установил, что у ветеранов Афганистана, участвовавших в активных боевых действиях, головные боли выявлялись в 80 % случаев, кардиальные боли – в 90 %, а абдоминальные – в 45 % случаев [336]. В.П. Коханов, В.Н. Краснов (2008) указывают, что, в 50-60 % случаев нарушения психического и соматического здоровья носят нерезко выраженный характер и, как правило, остаются вне поля зрения специалистов. В дальнейшем отмечается рост числа заболеваний сердечно-сосудистой системы (на 25-30 %), желудочно-кишечного тракта (на 20-25 %), периферической нервной системы (на 15-20 %), онкологической патологии (на 10-15 %), увеличивается число психических расстройств (в 2 раза), алкоголизма и наркоманий (на 40-45 %) [168]. Ю.Н. Шанин с соавт. (1995) отмечает, что психическая и соматическая патология взаимно отягощают друг друга [387]. По данным С.G. Deering с соавт. (1996), у 50-100 % пациентов, страдающих ПТСР, имеется два или более сопутствующих заболеваний

[433]. И.В. Соловьев (2000) отмечает, что в 96 % случаев военнослужащие, получившие ранения и травмы в ходе боевых действий, имели все признаки ОСР [330]. А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) установил, что среди комбатантов с ПТСР, чаще встречаются половые нарушения (у 12,5 %), чем среди воинов-афганцев без ПТСР (9 %) [300]. Н.Б. Шабалина (1999) считает, что причиной семейных нарушений у ветеранов Афганистана часто становятся не только невротические симптомы мужа, но и сексуальные расстройства, которые вовремя не диагностируются и адекватно не лечатся [383]. Н.А. Антонова (2010), установила, что участие в боевых действиях влечет за собой целый ряд негативных исходов алкоголизации в виде конфликтов в различных сферах жизнедеятельности [23]. По мнению Е.О. Александрова (2001), злоупотребление психоактивными веществами – это форма избегания, уход от реальности с целью заглушить осознание дистресса. Злоупотребление наркотиками начинается в зоне боевых действий, после возвращения массированная алкоголизация длится до некоторого улучшения состояния или до появления симптомов первой стадии ПТСР. В дальнейшем степень развития алкогольной зависимости отражает степень тяжести ПТСР [13]. Р.А. Kulka с соавт. (1992) обнаружил связь соматических симптомов с выраженностью ПТСР у лиц, злоупотребляющих курением [479]. По данным В.М. Лыткина с соавт. (1999), ПТСР у раненых с боевой нейротравмой отличается малой феноменологической выраженностью, носит нестойкий характер и протекает на астеническом фоне. У комбатантов с отдаленными последствиями ЧМТ ведущими являются симптомы органического поражения головного мозга. Алкогольная зависимость у них формируется быстро, агрессия не мотивирована и направлена на окружающих [211]. Однако некоторые исследователи отмечают, что ухудшение соматического здоровья наблюдается не у всех комбатантов. Например, Н.М. Степанова (2000) указывает, что, по результатам обследования ЦПД ГУВД г. Санкт-Петербурга (до и после командировки в Чеченскую Республику), среди 514 сотрудников ОВД сохранение категории пригодности к службе выявлено у 53,3 %, что является позитивным фактом. Отрицательные результаты имели 41,2 % сотрудников [334]. В исследованиях зарубежных авторов (J.W. Pennebaker, S.D. Barger, J. Tiebout, 1985, 1989)

установлено, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам [505, 506]. М. Нотopf с соавт. (2001) выявил, что у комбатантов с соматической патологией наблюдается меньше социальных проблем и симптомов психических расстройств, чем у высказывающих психологические жалобы [467].

Таким образом, из анализа литературных данных очевидно, что комплексная психотравматизация факторами боевой обстановки приводит к полиморфным (по выраженности и качеству) последствиям участия в вооруженных конфликтах. Картина этих изменений зависит от интенсивности, частоты, длительности пребывания в «горячих точках» и смыслового отношения к участию в КТО, а также индивидуальных особенностей, уровня подготовленности и преморбидного состояния комбатантов. Воздействие на психику часто протекает столь быстро, что остается незамеченным (или неосознаваемым) в условиях внезапно меняющейся обстановки или длительной перманентной психотравматизации, поэтому последствия могут носить как острый, так и менее выраженный, отсроченный характер, оставаясь в виде «комбатантных» личностных изменений на всю оставшуюся жизнь.

1.2.5 Особенности личностных изменений специалистов профессий пожарно-спасательного профиля

Деятельность сотрудников ФПС МЧС России связана с воздействием многочисленных психотравмирующих факторов (профессиональных, ситуационно-психогенных, личностных), что существенно повышает вероятность развития у профессионального контингента негативных функциональных состояний, личностных изменений, психофизиологической и социальной дезадаптации. Проблема прогнозирования надежности деятельности специалистов пожарно-спасательного профиля, а также последствий воздействия экстремальных условий служебной деятельности на психологическое здоровье пожарных, отражена в работах отечественных (А.П. Самонова, 1982 [312], В.И. Дутова, 1993 [95], М.И. Марьина, 1993 [221], И.О. Котенева, 1994 [162], М.В. Леви, 2000 [191], В.Ю. Рыбникова, 2000 [309], М.В. Вавилова, 2003 [62], Н.В. Тарабриной, 2008 [354], Е.Н. Ашаниной [34], М.В. Кореховой, 2013 [158] и др.) и зарубежных (G. Mendelson, 1987 [499], A. Brown, J.E. Cotes, L.L. Mortimore, 1982 [420] и др.) авторов.

Особенности организационной структуры и специфика деятельности сотрудников МЧС России определили необходимость разработки системы профессионального психологического отбора и прогнозирования надежности деятельности специалистов экстремального профиля. В диссертации В.Ю. Рыбникова (2000) подтверждено, что эффективность деятельности связана с симптомокомплексом личностных свойств, характеризующих активность, нервно-психическую устойчивость, уровень тревожности, свойства высшей нервной деятельности, организаторские способности, интеллектуальное развитие и др. Критериями долгосрочного прогноза успешности деятельности являются количественные показатели биоэлектрической активности коры головного мозга, оперативного прогноза – симптомокомплекс, включающий психомоторику, функциональные резервы ЦНС и психоэмоциональное состояние [309]. М.В. Вавилов (2003) установил, что эффективность профессиональной деятельности спасателей МЧС России, Службы спасения, сотрудников ГПС МЧС России связана с их психологическим состоянием.

ем, нервно-психической устойчивостью, функциональным состоянием ЦНС и свойствами внимания [62]. Ю.С. Шойгу (2003) обосновала критерии психологического профотбора и установила, что успешность профессиональной подготовки курсантов вузов МЧС России определяется уровнем развития ценностно-мотивационной сферы (стремления к успеху, морально-нравственной ориентацией и др.), когнитивных способностей (вербальных, математических, абстрактно-логического, пространственного мышления, устойчивости интеллектуальной деятельности в условиях дефицита времени), особенностей личности (коммуникативности, стрессоустойчивости, склонности к риску и др.) [392]. А. Brown, J.E. Cotes с соавт. (1982) приводят данные о профессиональном психологическом отборе в США (оценке коммуникативной компетентности, конформизма, психологической совместимости и др.), а также о программе определения соматического состояния и испытания физических способностей будущих пожарных [420].

Влияние индивидуально-психологических особенностей на эффективность деятельности экстремального профиля рассмотрено в исследовании А.П. Самонова (1982) который установил, что у пожарных с сильной нервной системой, низким уровнем тревожности и высокой склонностью к риску, выраженная психическая напряженность не ухудшает эффективность оперативной деятельности, в отличие от лиц со слабой нервной системой, которые более успешны в профилактической работе [312]. В.И. Дутов (1993), описал 2 группы пожарных: «А» – хорошо адаптированных к условиям деятельности, с развитыми профессионально-важными качествами, у которых формируется функциональная система и адекватный стереотип ответных реакций на стрессовую ситуацию; «Б» – с затрудненной профессиональной адаптацией и недостаточным запасом регуляторных возможностей сердечно-сосудистой системы, у которых стресс-реакция протекает с большим расходом энергии и вызывает пролонгированную внутреннюю напряженность [95]. И.О. Котенев (1994) исследовал группу пожарных в качестве контрольной выборки, сравнивая динамику ситуативной тревожности у лиц, работающих в напряженных (пожарная часть) и экстремальных (зона вооруженного конфликта) условиях деятельности. Среди спасателей и пожарных, отличающихся

низкой успешностью профессиональной деятельности он выделил два типа личности: 1-й тип характерен для сотрудников с длительным стажем службы, низкой самооценкой, пассивных, замкнутых, мнительных, склонных к тревожно-депрессивным реакциям и к самообвинениям. У сотрудников 2-го типа нарушения адаптации связаны с легкомысленностью, недисциплинированностью, импульсивностью, раздражительностью, обидчивостью и конфликтностью, экстернальным локусом контроля при высокой самооценке [162]. Н.В. Суворова (2006) выявила, что руководители тушения пожаров с низкой стрессоустойчивостью отличаются доминантным стилем поведения, общительностью и импульсивностью, а их подчиненные – экстраверсией, эмоциональной лабильностью, низким самоконтролем и снисходительным отношением к своим недостаткам [341].

По мнению И.О. Котенева (1994), на профессиональную пригодность существенное влияние оказывают возрастные изменения, которые, независимо от профиля деятельности, проявляются в ухудшении абстрактно-логического мышления, внимания, памяти, скорости и точности двигательных реакций, заострении личностных черт, снижении самокритичности и требовательности к себе в отношении служебной дисциплины [162]. Т.И. Шевченко (2007) выявила, что служебный стаж более 5-ти лет, повышенное чувство долга, высокая общая и сенситивная ригидность, низкая самооценка, неуверенность и склонность к перепроверке проделанной работы, способствуют развитию у 7,3 % сотрудников ГПС МЧС России синдрома эмоционального выгорания [390]. Р.С. Бакиров (2014) установил, что в структуре синдрома эмоционального выгорания у пожарных преобладают неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, отстраненность, нравственная дезориентация и агрессивность [36]. По данным Е.В. Павловой (2014), у сотрудников пожарно-спасательных подразделений ($n = 36$) выраженность эмоционального выгорания составляет, в среднем, 71,4 балла (с преобладанием симптомов «неадекватного эмоционального реагирования» и «редукции профессиональных обязанностей»), на фоне фрустрированных отношений с женой, детьми, родителями и руководством [269].

Д.В. Кулаков (2011) установил, что в повседневных условиях дезадаптивные нервно-психические состояния наблюдаются у 23 %, сотрудников ГПС МЧС России, а после ликвидации крупномасштабных пожаров – у 33 % лиц. В структуре нарушений нервно-психического статуса преобладают повышенная раздражительность (в 29 % случаев), снижение скорости и точности психомоторных реакций (26 %), нарушения сна (25 %), снижение активности (23 %), утомляемость (22 %), общая слабость (21 %) [181]. Е.Н. Ашанина (2011) подтвердила, что после участия в ликвидации крупномасштабных пожаров у сотрудников ГПС МЧС России выявляются дезадаптивные нервно-психические состояния, среди которых доминируют эмоциональные и астено-невротические нарушения [34]. В исследовании G. Mendelson (1987) выявлено, что у лиц, участвовавших в ликвидации пожара, в котором погибли 11 % из 128 постояльцев гостиницы, максимальные негативные реакции вызывали ситуации обнаружения погибших, спасение обгоревших в условиях дефицита времени и в задымленных помещениях, а также необходимость ждать в бездействии. У 50 % обследованных выявлялись острые стрессовые реакции умеренной или высокой степени выраженности: тревожность, страх, гиперактивность, возбуждение, раздражительность. У 10 % пожарных, не имевших опыта действий в условиях задымления, установлен высокий уровень симптомов ОСР, а также жалобы со стороны сердечно-сосудистой, респираторной, неврологической систем и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При этом тяжесть симптомов «вторжения» и «избегания» значимо коррелирует с наличием тревоги, неуверенности, гиперактивности во время проведения аварийно-спасательных работ [499]. М.И. Марьин с соавт. (1993), установил, что психическое состояние пожарных непосредственно после ликвидации пожара отличается негативной динамикой сердечно-сосудистой деятельности, эмоциональной напряженностью, усталостью, снижением концентрации внимания, скорости восприятия и когнитивной переработки зрительной информации. При этом в течение 48 часов отдыха после дежурства полного восстановления работоспособности не происходит [221]. По данным М.В. Леви (2001), риск развития негативных психических состояний и стрессовых расстройств (в том числе ПТСР) выше у пожарных с длительным ста-

жем службы, часто участвовавших в ликвидации крупномасштабных пожаров. При этом риск возникновения ПТСР возможно косвенно прогнозировать путем оценивания выраженности психологических защит личности, поскольку они подвержены изменениям в зависимости от жизненного опыта и психических травм [191]. Д.М. Захарова (1999) установила, что спасатели с высокими показателями симптомов ПТСР экстернальны, депрессивны, тревожны, подвержены диссоциативным реакциям, чаще используют защитные механизмы регрессии и замещения, реже – отрицания [348]. Н.В. Тарабрина (2008) выявила, что у ветеранов Афганистана, участников ликвидации Чернобыльской аварии, беженцев и больных раком выраженность посттравматического стресса достоверно выше, по сравнению со специалистами, профессионально связанными с риском возникновения травматических ситуаций (пожарные, военнослужащие, сотрудники МВД) [354].

В.П. Коханов, В.Н. Краснов (2008) отмечают, что в условиях ЧС разнородные пограничные психические расстройства представлены стертыми, полиморфными проявлениями невротического уровня в виде психовегетативной, астенической, депрессивной, ипохондрической и истерической симптоматики, а также заострения характерологических особенностей [168]. При этом могут наблюдаться нарушения мотивации и девиантное поведение в виде эмоционально-импульсивных реакций, противоречащих правовым и нравственным нормам [167, 386]. А.Г. Абдуллин (2006) установил, что у ликвидаторов техногенных ЧС происходит развитие ПТСР, в отличие от населения, постоянно проживающего на территориях, зараженных радиацией, у которых формируется феномен «актуального экологического сознания». У ликвидаторов техногенной катастрофы имеется также ряд особенностей, дополняющих симптоматику ПТСР, в виде искаженности восприятия времени (трансформация прошлого в настоящее), «картины» жизни и жизненной перспективы: 49 % лиц переживают «кризис» жизни, 40 % обследованных воспринимают уход из жизни как позитивное решение проблем, у 11 % – наблюдается усиление суицидальных мыслей [1]. И.А. Горбушина (2004) выявила три уровня социально-психологических последствий природных катастроф: личностный (мировосприятие, смысложизненные ориентации, мотивация, само-

реализация, уровень субъективного контроля, эмоционально-волевая устойчивость и др.), групповой (структура взаимоотношений на межличностном и микро-социальном уровне) и общественный (общественное мнение, социальные настроения и самочувствие, массовые аффекты и др.). Факторами, способствующими возникновению дистресса и эмоциональных расстройств (чувства одиночества, бесполезности, тревоги, диссомнии, фобий засыпать и подходить к воде) у лиц, переживших наводнение, являются: отсутствие организованности в выполнении спасательных работ и плохие бытовые условия [84].

Наиболее актуальным в настоящий момент способом профилактики дезадаптивных состояний является разработка методов прогностической оценки рисков психосоциальных и биологических последствий ЧС. Одна из последних работ в этом направлении выполнена Л.Г. Пыжьяновой (2011). В исследовании установлено, что значимыми негативными социально-психологическими последствиями ЧС являются: массовые истероидные, фобические, панические, агрессивные реакции и слухи. Каждый вид негативных последствий связан с факторами риска их возникновения (угроза жизни, ущерб здоровью, потеря имущества, степень разрушенности инфраструктуры в зоне ЧС, степень компетентности информационно-разъяснительной работы среди населения в зоне ЧС и др.). Автором разработан также алгоритм анализа и прогнозирования каждого из видов неблагоприятных последствий ЧС на базе программно-аппаратного комплекса «Психолог» [301].

Далее рассмотрим методы психологической коррекции стрессовых расстройств и личностных изменений у специалистов профессий экстремального профиля, ввиду необходимости планирования и проведения медико-психологических реабилитационных мероприятий.

1.3 Методы психологической профилактики, реабилитации и коррекции стрессовых расстройств у специалистов профессий экстремального профиля

1.3.1 Психологическая профилактика, реабилитация и коррекция негативных последствий участия в ликвидации ЧС антропогенного и природного характера

Профилактика развития негативных последствий участия в ликвидации ЧС антропогенного (боевые действия) и природного характера включена в процесс психологического обеспечения подразделений ОВД и осуществляется в три этапа: подготовительный (в предэкспедиционный период и перед командировкой в зону вооруженного конфликта); оперативный медико-психологический контроль, прогноз деятельности и первичная реабилитация в процессе выполнения служебно-боевых задач; психологическое сопровождение сотрудников по возвращении в места постоянной дислокации (вторичная психофизиологическая реабилитация, коррекция, психотерапия в процессе долговременного динамического наблюдения). Подготовительный этап включает следующие мероприятия:

1. Профессиональный психологический отбор сотрудников, потенциально способных выполнять служебно-боевые задачи в экстремальных условиях. На этом этапе выявляются: мотивы согласия на командировку, особенности служебных и внутрисемейных взаимоотношений сотрудников, случаи дезадаптивного поведения, отношение к употреблению алкоголя, морально-психологический климат в подразделении с целью подбора психологически совместимых групп, а также изучается интеллектуально-мнестическая, эмоционально-личностная сферы, специфика реагирования в стрессовых ситуациях, психофизиологические особенности и уровень работоспособности [129, 245].

2. Психологическую подготовку – систему научно обоснованных психолого-педагогических мероприятий, направленных на формирование навыков, обеспечивающих толерантность к стрессу. Психологическая подготовка сотрудников ОВД

перед командировкой в зону вооруженного конфликта и сотрудников МЧС к действиям при ликвидации последствий ЧС включает: информационную подготовку (цикл занятий об особенностях региона, местных обычаях, религии, а также о возможных острых и отсроченных реакциях на стресс, психологических резервах организма, условиях их мобилизации и др); отработку навыков саморегуляции (аутогенная тренировка, прогрессирующая мышечная релаксация) [142, 278], ситуативно-образную психофизическую и идеомоторную тренировку [77], а также тренинги личной безопасности и устойчивости к стрессу [116], межличностного общения и групповой сплоченности [129]. По мнению И.В. Пажильцева (2007), специальная психологическая подготовка сотрудников ОВД к оперативно-служебной деятельности в условиях витальной угрозы содержит совокупность актуализируемых профессионально-ролевых способностей на понятийном уровне, уровне образов ситуаций деятельности, стереотипов и установок действий, эмоционально-волевых реакций, оценок и принятия решений. Динамическая составляющая специальной психологической подготовки включает функционально взаимосвязанные компоненты: мотивационный, ориентационный, операциональный, волевой и оценочный [272]. Поскольку психологические воздействия позволяют изменять поведенческие и эмоциональные установки людей [234], бойцы ОМОН также обучаются аналоговому самовнушению на занятиях по аутогенной тренировке, которая способствует созданию установки на успешность действий в боевой обстановке, безграничность своих возможностей, путем самовнушения по имеющемуся аналогу (прошлые действия с высоким результатом) из личного опыта сотрудника [226]. Аутогенная тренировка (АТ) – активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, повышающий возможности саморегуляции исходно произвольных функций организма [357]. АТ позволяет посредством представления, внимания и эмоциональных состояний, влиять на деятельность органов, управляемых вегетативной нервной системой. Курс аутогенной тренировки состоит из классических упражнений (АТ-1 по Шульцу) или их различных модификаций, а также высшей ступени АТ. В отечественной литературе лучшим руководством по аутогенной тренировке признается монография В.С. Лобзина, М.М. Решетникова (1986) [204]. Прогресси-

рующая мышечная релаксация (ПМР) по Эдмунду Джекобсону позволяет с помощью выполнения простых упражнений снизить непроизвольное напряжение поперечнополосатой мускулатуры, возникающее в стрессовых ситуациях и, по принципу обратной связи, уменьшить тревожность, нервно-психическую напряженность, явления переутомления. При регулярных занятиях у индивида развивается «привычка отдыхать» в любых условиях профессиональной деятельности, тем самым формируется психологическая установка, характеризующаяся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам [357]. Достижимая с помощью АТ и ПМР саморегуляция эмоционально-вегетативных реакций, позволяет использовать эти методы не только в предэкспедиционном периоде, но и в местах временной дислокации подразделений в зоне вооруженного конфликта. Психологическая подготовка сотрудников МЧС также включает тренировку практических навыков в условиях тренажерных комплексов, в которых моделируются экстремальные факторы ЧС (огонь, задымленность, химические вещества, затопление участков тоннелей и др.), создаются ситуации по спасению пострадавших на воде, в огне, из-под завалов, в условиях дефицита времени, изменяющейся обстановки, преодоление огневых и водных преград в специальном снаряжении и СИЗОД, тушение возгораний на манекенах и др.

На втором этапе организуется психологический мониторинг – динамическое наблюдение за психофизиологическим состоянием сотрудников: диагностика и контроль негативных психологических последствий профессиональных стресс-факторов, рекомендации по формам и методам реабилитации. Система первичной психологической реабилитации реализуется в три этапа: выделение подразделений, максимально подверженных травматическому стрессу (длительное пребывание в зоне огневого поражения, на ответственных участках, пожарах высокого ранга сложности, в местах максимальных разрушений и др.); выявление сотрудников с признаками дезадаптации; углубленная оценка профессиональной пригодности; проведение групповых занятий по эмоциональной регуляции и ситуативно-образному отреагированию психотравмирующих эпизодов, индивидуальной психокоррекции [330]. В условиях боевых действий и катастроф невозможно проводить

стандартные психодиагностические процедуры, поэтому оценка состояния проводится путем наблюдения и беседы. В качестве экспресс-диагностики также может служить «классификационная сетка», предложенная Ю.А. Александровским (1991) [16, С. 96]. При острой психотравматизации интенсивными факторами специфического характера работа проводится сразу после возвращения личного состава в пункты временной дислокации. При перманентной психотравматизации факторами общеэкстремального характера психологическая работа ведется постоянно, непосредственно на поле боя [142].

По истечении двух суток (48 часов) после психотравмирующей ситуации, целесообразно провести с личным составом психологический дебрифинг – групповой метод кризисной интервенции (А.А. Бадхен, 2001), позволяющий участникам в условиях конфиденциальности осуществить рефлексию впечатлений и чувств, связанных с инцидентом, и в результате снизить тяжесть психологических последствий. Для достижения этой цели решаются следующие задачи: отреагирование эмоций, когнитивная переработка полученного опыта и смысла произошедших событий, усиление чувств групповой поддержки, солидарности и понимания, подготовка к возможному возникновению симптомов стрессовых расстройств. В результате мобилизации внутренних ресурсов у специалистов профессий экстремального профиля уменьшается психическое напряжение, снижается ощущение уникальности собственных реакций. Руководить дебрифингом должен психолог, либо (при его отсутствии) командиры подразделений, знакомые с принципами групповой работы и проблемами психотравматизации. В дебрифинге выделяют три части (проработка чувств участников; детальное обсуждение симптомов в атмосфере защищенности и поддержки; мобилизация ресурсов и формирование планов на будущее), которые включают 7 фаз: вводная, описания фактов, мыслей, переживаний, симптомов, фаза завершения и реадaptации. Методика проведения подробно указана во многих литературных источниках [132, 231, 357]. Дебрифинг может быть повторен спустя несколько недель или месяцев. А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) описывает симптомы ПТСР, которые могут поддаваться коррекции при помощи АТ в условиях ЧС: расстройства сна – инсомнии (нарушения засыпания, поверхностный

сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после пробуждения) и парасомнии (ночные кошмары); эмоциональное оскудение, повышенная возбудимость и тревожность, сопровождающиеся вегетативными проявлениями; нарушения концентрации внимания; гипотимия и снижение мотивации (чувство подавленности, безнадежности, снижения моторной активности); отдельные психосоматические симптомы (боль, тахикардия, учащенное дыхание, онемение конечностей и др.) [300]. Прогрессирующая мышечная релаксация также позволяет снизить проявления невротических реакций, сопровождающихся фобиями и нарушениями сна. Основываясь на опыте военных психиатров, целесообразно использовать «экспресс-психотерапию» релаксирующего, модулирующего и мобилизующего характера [168, 293]. Наличие минимальных технических средств (CD-плеера, аппарата «Лэнар», АПК ТММ «Мираж»), нормализующих функциональную активность мозга, дает возможность уже в районе боевых действий проводить мероприятия психологической коррекции. В последние годы разработан современный метод рефлексотерапии и рефлексодиагностики (А.В.Макаревич, 2004), основанный на использовании низкочастотных электромагнитных полей 0,01-10000 Гц в аппарате «Элка-Н», созданного специально для медицины катастроф. Рефлексотерапия – эффективный неинвазивный метод, который также может применяться в экстремальных условиях деятельности для коррекции нарушений цикла сна и бодрствования, вегетативных функций, поведения, эмоций, мотиваций. Рефлексотерапия искусственно создает синхронный поток афферентных сигналов, который вызывает рефлексорные реакции на местном, сегментарном и общем уровнях ЦНС, изменяя функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной систем [168]. Результаты исследования Е.А. Иванова (2000) подтверждают, что первичная психологическая реабилитация, проводимая в период КТО, полностью или частично восстанавливает психический статус военнослужащих внутренних войск МВД России в течение 2-3 суток [115].

Заключительный (третий) этап психологического обеспечения сотрудников экстремального профиля деятельности включает психофизиологическую реабилитацию – систему медико-психологических мероприятий, направленных на восста-

новление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, когнитивной, мотивационной, морально-нравственной сфер личности, достижение оптимального уровня социальной адаптации и профессиональной работоспособности [227]. Этот процесс содержит и общий комплекс здоровьесберегающих мероприятий: сбалансированное питание, правильный режим работы и отдыха, физическую активность, отказ от алкоголя и психоактивных веществ (курение, кофеин), лечение соматической патологии, восстановление социальных связей, семейных отношений, минимизацию профессиональных факторов риска и др. [128]. И.О. Котенев (1997) предложил программу социально-психологической реабилитации сотрудников спецподразделений ОВД, прибывающих из зоны КТО, включающую следующие задачи: 1) срочные – в течение первых 2-х дней диагностировать психологическое состояние личного состава, организовать необходимый комплекс реабилитационных мероприятий, провести беседу с командирами подразделений и семьями сотрудников об их состоянии и условиях, необходимых для скорейшего восстановления работоспособности; 2) ближайшие – в течение 3-10 дней организовать для сотрудников и членов их семей консультативную и психотерапевтическую помощь, обеспечить отдых (не менее 10 суток); 3) перспективные – обеспечить постоянное наблюдение, психологическое консультирование и коррекцию, в случаях выявления симптомов ПТСР – психотерапию, мониторинг психологического климата подразделения, психологическое просвещение личного состава [164]. После 10-ти дневного отпуска, в течение недели осуществить с сотрудниками комплекс реабилитационных мероприятий: снятие мышечного напряжения (физические упражнения, аутотренинг, элементы кинезиологии, телесно-ориентированной терапии, массаж, баня, спортивные игры, турпоходы и др.), проведение психологических тренингов группового взаимодействия с элементами профессиональной деятельности, индивидуального семейного и оргконсультирования, психокоррекции, консультаций со специалистами различного профиля (врачами общей практики, психотерапевтами, социальными работниками, юристами и др.) [164, 245]. А.И. Адаев (2000) предлагает в остром периоде травмы использовать элементы НЛП (визуально-кинестетическая диссоциация), дыхательной гимнастики и некоторые

приемы йоги, в отдаленном периоде – рациональную терапию, трансактный анализ (оживление детских эгосостояний, анализ жизненного сценария, базисных эмоциональных позиций), арт-терапию и др. [12]. Т.О. Найдина (2000) считает, что при страхе, астенизации следует применять метод терапевтического транса, для разблокирования телесных ощущений и воспоминаний – метод управления глазодвигательными реакциями, для актуализации психотравмирующих образов – гештальт-терапию и точечный массаж [246]. Н.А. Куксова (2003) предлагает использовать для коррекции пограничных и невротических расстройств патогенетическую технику и символдраму [180].

М.В. Леви (2006) обосновал применение программы психофизиологического воздействия, способствующей поддержанию высокой работоспособности дежурной смены пожарных с помощью аудиовизуальных средств [192]. Многими исследователями (Е.Н. Ашанина, 2011; Д.В. Кулаков, 2011) обосновано сочетанное применение технологий аудиовизуального воздействия и биологической обратной связи с целью экстренной психологической коррекции дезадаптивных психических состояний, восстановления ресурсов и работоспособности у сотрудников МЧС России [34, 181]. С.И. Волков (2007) предлагает использовать энергосенсорные дыхательные технологии в сочетании с общепринятыми средствами психологической реабилитации сотрудников ГПС МЧС России после участия в ликвидации ЧС [72]. С. Schwarz с соавт. (2003) указывают, что в США имеется служба (SvE), в задачи которой входит реабилитация сотрудников противопожарной службы после работы на месте происшествия и ЧС [520]. По данным Per. Hassling с соавт. (2000), в Швеции система оказания психологической помощи пожарным базируется на принципах непрерывности, комплексности и профилактики, включает поддержание ежедневного работоспособного состояния и оказание психологической помощи после ликвидации крупномасштабных пожаров [458].

В случае, когда негативные последствия проявляются в виде посттравматических расстройств, необходимо сочетать восстановительные и психокоррекционные мероприятия с психотерапией, в тяжелых случаях – с фармакологическим лечением, поэтому остановимся на этом аспекте подробнее.

1.3.2 Психотерапевтический и психофармакологический аспекты лечения посттравматических стрессовых расстройств у специалистов профессий экстремального профиля

Лечение ПТСР является важной частью восстановительных мероприятий, несмотря на то, что в настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на его результаты. Одни исследователи считают, что ПТСР полностью поддается терапии, другие – что возможна лишь частичная компенсация нарушений. При этом имеется специфика психотерапевтического лечения ПТСР по сравнению с психотерапией невротических и пограничных личностных расстройств: пациенты с ПТСР демонстрируют высокую степень недоверия к психотерапевту, склонны отказываться от лечения или обрывать его в самом начале [352]. Лечение ПТСР – длительный процесс (от 6 месяцев до нескольких лет), в котором выделяют психофармакологический, психотерапевтический и психосоциальный аспекты.

Психофармакологическая терапия определяется тяжестью клинической картины и ведущими психопатологическими симптомами, устраняя наиболее острые из них, она облегчает проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий. Важнейшими целями фармакотерапии при лечении ПТСР являются: редукция клинической симптоматики, в том числе тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции, нарушений сна, эмоциональных расстройств и чувства вины. В комплексном лечении используются: адаптогены, витамины, седативные нейролептики, ноотропные средства (церебропротекторы), трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы (МАО), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИРС), бензодиазепины, транквилизаторы (анксиолитики), тимостабилизаторы и др. Предпочтение отдается антидепрессантам, вследствие доминирования в клинической картине обсессивно-компульсивной симптоматики, навязчивых представлений, тревожно-фобических переживаний и депрессии [300].

Лекарственная терапия ПТСР всегда сочетается с психотерапевтическими методами, которые способствуют снижению интенсивности симптомов «вторжения» и

«избегания», помогают в аффективной переоценке травматического опыта, освобождении от преследующих воспоминаний, обретении контроля над эмоциональными реакциями, создании новой когнитивной модели жизнедеятельности, установлении места травматического события в общей временной перспективе жизни и личной истории [354]. В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey (1989) отмечают, что ключевым моментом психотерапии ПТСР является интеграция травматического опыта индивида в его представление о себе и реадаптация в социальную среду [538]. При этом психотерапия обращается к двум фундаментальным проблемам, связанным с ПТСР: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности. В работе Дж.Л. Германа (J.L. Herman, 1992) психотерапевтическая помощь травмированным лицам представлена в виде трехфазовой структуры лечения: 1-я фаза включает создание психологически безопасной и поддерживающей атмосферы; 2-я – предполагает помощь в устранении амнезии и проработке травматического опыта (превращении его в эмоционально нейтральное воспоминание) с помощью механизма катарсиса; в 3-й фазе внимание концентрируется на реинтеграции личности, коррекции иерархии ценностей, восстановлении межличностных отношений и взаимодействия с обществом [462]. Общая цель терапии заключается не во всеобъемлющем изменении личности пациента, а в достижении когнитивной и эмоциональной интеграции образов «Я» и мира [133]. С.А. Колов (2007) считает, что терапия ветеранов должна быть направлена на преодоление чувства отчуждения, стимулирование инициативы, настойчивости, эмоционального отреагирования, конструктивной дискуссии с помощью механизма конфронтации, который практикуется в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [151]. Психологическая помощь может оказываться как в групповой, так и в индивидуальной форме.

Групповая психотерапия – это психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях [357]. Известны многочисленные направления групповой терапии: когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические, группы са-

мопомощи, арт-терапии, тренинг структурной интеграции, тренинг социальной ре-адаптации и множество других. При этом не существует предпочтений какого-либо одного вида групповой терапии. А. Alien, S.L. Bloom (1994) предлагают следующие варианты работы с психотравмой: «там и тогда» – группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний; «здесь и теперь» – группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выработку навыков совладания с травмой и на работу с интерперсональной динамикой [400]. По мнению С.А. Колова (2009), в процессе многокомпонентной реабилитации и психотерапии комбатантов необходимо учитывать психологические защитные механизмы и компенсаторный характер соматических симптомов, применяя биологическую терапию, психотерапию и групповую работу по обучению социальным навыкам [152]. М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная, Н.В. Тарабрина (1997) предлагают проводить групповые занятия, включающие элементы тренинга социальных навыков и психотерапевтическое воздействие групповой динамики [108]. Все виды групповой терапии направлены на достижение терапевтических задач: в атмосфере принятия разделение с группой эмоционального переживания травмы, обеспечение «чувства локтя», комфорта и социальной поддержки, уменьшение чувства неполноценности, вины и стыда, развитие доверия, возможность почувствовать универсальность собственного опыта, избавление от чувства изолированности, отчуждения, обучение методам совладания с последствиями травмы, возможность быть в роли того, кто поддерживает, вселяет уверенность и др. [133]. Кратко приведем описание некоторых из распространенных видов психотерапии ПТСР.

В когнитивно-бихевиоральной (поведенческой) психотерапии центральное место отводится конфронтации пациента с травматическими образами (воспоминаниями) в целях постепенного ослабления симптомов ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, снижения интенсивности «флэшбэк-эффектов» и гипервозбуждения [133]. Терапия может проводиться с использованием систематической десенсибилизации (создание в воображении иерархии пугающих образов и поэтапного к ним привыкания), градуированной экспозиции с по-

ложительным подкреплением (постепенная адаптация к реальным пугающим стимулам, которые не приводят к негативным последствиям), «наводнения» (помощь в преодолении реальной пугающей ситуации) [300]. Одним из вариантов поведенческой терапии является техника вскрывающих интервенций (Exposure-Based Interventions, EBI), которая основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Метод помогает пережить заново и интегрировать травматические воспоминания, снизить уровень дистресса, физиологической реактивности и симптомов «вторжения». Эффективность данного вида терапии в работе с ветеранами войн продемонстрирована Д.Д. Блейк, Ф.Р. Абвиг с соавт. (D.D. Blake, F. R. Abweg et al., 1993) [411]. Метод необходим для снятия симптомов психофизиологической активации, испуга, навязчивых мыслей, ночных кошмаров и агрессивности. Зарубежные авторы (A. Alien, S.L. Bloom, 1994; B.T. Litz, D. D. Blake, et al., 1990; R.K. Pitman, et al., 1991; S.D. Solomon, E.T. Gerrity, A.M. Muff, 1992) отмечают, что данная терапия противопоказана клиентам, находящимся в кризисном состоянии или психотическом расстройстве (ввиду риска суицида), злоупотребляющих наркотическими препаратами и алкоголем, у которых отсутствуют симптомы «вторжения», не способных выдержать сильное возбуждение, имеющих выгоду от заболевания или неэффективный опыт лечения в прошлом. При этом подчеркивается, что эффективность терапии зависит от мотивации индивида на лечение [400, 486, 509, 525].

А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) указывают на то, что проявления ПТСР соотносятся с личностными (экстернальный локус контроля, эмоционально сфокусированный стиль преодоления стресса) и социальными (недостаточность социальной поддержки) факторами. Поэтому когнитивная психотерапия, способствующая переоценке травматических событий, устраняет иррациональные суждения, стереотипные мысли, возникающие на фоне тревоги, приводит к коррекции депрессивного состояния и негативных поведенческих установок (отрицательного отношения к себе, своему опыту и пессимистичного взгляда в будущее) [300]. Внимательное выслушивание комбатантов, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах травмы, и обсуждение наиболее болезненных вопросов позволяет уменьшить аф-

фективное напряжение [168]. По мнению М.Дж. Горовица (M.J. Horowitz, 1986), восстановление после травмы происходит вследствие интенсивной переработки травматически измененных когнитивных схем [465]. Техника Ф. Дзербода ослабление травматического инцидента (ОТИ) состоит в визуализации и повторном переживании травмы (без прерываний, интерпретаций и ободрений), которая приводит к когнитивной переоценке события [306]. Е.С. Калмыкова с соавт. (2001) предлагает тренинг преодоления тревоги, включающий технику «биологической обратной связи», релаксационные методы, когнитивное переструктурирование, которое служит для коррекции искаженных восприятий и убеждений (тренировка «остановки мыслей» в случае вторгающихся воспоминаний, опознание иррациональных мыслей, заучивание адекватной модели поведения, когнитивное переструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов) [133].

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ – EMDR) – метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 году и хорошо себя зарекомендовавший для лечения случаев единичной травматизации [388], в настоящее время вызывает наибольшее число споров. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы, при активизации которой происходит спонтанная нейтрализация любой травмирующей информации, позитивные изменения в когнитивной, аффективной сфере и поведении [300]. Ф. Шапиро было отмечено, что генерация ритмических мультисаккадических движений глаз одновременно с процессом концентрации на травматических воспоминаниях, при отсутствии актуально осознаваемых негативных эмоциональных коррелятов, тревожность субъекта исчезает или значительно снижается [388]. Предполагается, что горизонтальные движения глаз запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, которая в норме происходит в фазе сна с быстрыми движениями глаз (БДГ-стадия сна) (F. Shapiro, 1989; T. Neilsen, 1991) [300]. Повторяющиеся серии движений глаз, вероятно, приводят к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который

подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер [300, 388]. Однако многие зарубежные авторы (R. Acierno, M. Hersen, et al., 1994; J. Jensen, 1994; J. M. Lohr, R. A. Kleinknecht, A. T. Conley, et al., 1993) не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно было бы измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур [398, 468, 487]. Например, Р.А. Боудевинс и коллеги (P. A. Boudewyns, S.A. Stwertka, L.A. Nyer et al., 1993) считают, что само по себе движение глаз вообще никакого значения не имеет [413]. При этом исследование, проведенное М.Л. Маклин, Л.Дж. Метцгер, Н.Б. Ласко с соавт. (Macklin M.L., Metzger L.J., Lasko N.B. et al., 1998) показало, что среди ветеранов вьетнамской войны, прошедших терапию EMDR по истечении 5-ти лет, даже наблюдалось усиление симптоматики ПТСР и ухудшение психопатологического статуса, по сравнению с аналогичной выборкой ветеранов, не подвергавшихся такой терапии [488]. ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии ПТСР или как один из этапов лечения, направленный на быстрое устранение наиболее тягостных переживаний и воспоминаний [300]. Р. Брэдли с соавт. (R. Bradley, 2005) отмечает, что психотерапия ПТСР различными формами когнитивно-поведенческой терапии и десенсибилизации путем движений глаз приводит у более 50 % пациентов к улучшению состояния, по сравнению с исходным уровнем [416]. Подробно принципы и техника данного метода изложена в руководстве Ф. Шапиро (1998) [388].

В русле психодинамического понимания травму интерпретируют как экстремальное, ограниченное во времени событие, оказавшее негативное воздействие на психику субъекта [133]. Психодинамическая психотерапия ПТСР основывается на теоретической концепции психической травмы З. Фрейда, согласно которой, травма является фактором, раскрывающим преморбидно существующую невротическую структуру личности, и травма детерминирует возникновение расстройства [133]. R.S. Lazarus (1966) и M.J. Horowitz (1998) предлагают заменить понятие «энергия» (предложенное З. Фрейдом) на понятие «информация», обо-

значающее как когнитивные, так и эмоциональные переживания, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу [466, 481]. Благодаря этому происходит сближение когнитивно-информационного и психодинамического взглядов на травму [133]. Психодинамическое направление подчеркивает роль сознательных и бессознательных конфликтов, возникших из-за несоответствия ценностей и внутренней картины мира субъекта травмирующей действительности. Поэтому коррекция состоит в разрешении этих конфликтов, эмоциональном отреагировании вытесненных событий, в переводе разрушительной энергии в созидательную и восстановлении целостности «Я», самоуважения, личностной ответственности в атмосфере принятия и эмоционального комфорта [300]. Задачи психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР отражены в таблице 7 [466].

Таблица 7 – Последовательные задачи психотерапии
в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения, помочь в принятии решений и планировании действий
Вторгающиеся воспоминания, «наплыв» эмоций после травмы	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
«Застревание» в состоянии «оглушенности» и «избегания»	Помочь повторно пережить травму, структурировать, отреагировать переживания, установить контроль над воспоминаниями
Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и негативные переживания	Переработать ассоциации, связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа «Я» и образов других людей. Помочь установить связи между травмой и переживаниями угрозы, межличностными отношениями, образом «Я» и планами на будущее
Независимая переработка мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения и завершить психотерапию

Исследования ПТСР у ветеранов Вьетнама позволили Дж. А. Фербенку и Р.А.Николсону (J.A. Fairbank, R.A. Nicholson, 1987) утверждать, что успешными подходами его коррекции являются только те, которые используют образное воспроизведение травмирующего события [447]. Например, «терапия мысленного поля» (Thought Field Therapy), предложенная Р.А. Каллахан (R.A. Callahan, 1995), заключается в стимуляции акупунктурных зон при одновременном воспроизведении чувств и эмоций, отражающих травмирующее воздействие [427]. Р. Бандл (R. Bundle,

1985) считает, что нейтрализация травмы может быть достигнута путем изменений субмодальностей восприятия [425]. По мнению Р. Фрэд и Ф. Галло (P. Fred, Ph. D. Gallo, 1996), активной составляющей успешности этих техник является повторное переживание травмы и отстраненное наблюдение [450]. Кроме перечисленных методов с этой целью используют также: поэтапную (пофазную) терапию Горовитца, гипносуггестивную терапию, нейролингвистическое программирование (НЛП). Е.В. Митасова (2004) установила, что наименее затратным по времени, действенным по результату и имеющим долговременные цели является сочетание техник НЛП и экзистенциального анализа (логотерапии) [235]. Е.О. Александров (2005) также подчеркивает, что лечение комбатантов при помощи НЛП зарекомендовало себя как наиболее эффективный метод [13]. НЛП активизирует скрытые ресурсы, изменяет психическое состояние, трансформируя в сознании образ психотравмы с помощью различных техник («тройной диссоциации», «шестишагового рефрейминга», «визуально-кинестетической диссоциации», «интеграции якорей», «взмаха» и др.), которые могут быть использованы как основные (в остром травматическом периоде), так и как вспомогательные, в составе других психотерапевтических приемов. А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) указывает, что в рамках краткосрочной психотерапии эриксоновский гипноз (косвенная суггестия) позволяет активизировать подсознательные процессы (источники ресурсов), отреагировать негативные переживания, уменьшить эмоциональную вовлеченность и напряженность, улучшить качество сна, повысить способность конструктивно переосмыслить события прошлого и принять их, сформировать образ «привлекательного будущего». Гештальт-терапия эффективна при наличии невротических, тревожных, фобических, депрессивных и некоторых психосоматических расстройств, наблюдаемых при ПТСР, а также в случае нарушений сна, повышенной агрессивности и суицидальных тенденций. Гештальт-терапия способствует процессу совладания с травмой путем осознания своих чувств, ассимиляции вытесненного материала, создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции [300]. С.А. Колов (2007) считает, что личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интегрированными элементами экзистенциального анализа и гештальт-терапии яв-

ляется наиболее действенным инструментом воздействия на такие центральные личностные функции комбатантов как агрессия, тревога, нарциссизм [151]. Символдрама позволяет вывести на сознательный уровень вытесненные тенденции и применяется в целях лечения у нейровегетативных и коммуникативных нарушений, неврозов, депрессий непсихотического уровня, тревожно-фобических, психосоматических и сексуальных расстройств психогенного уровня [80, 300]. Клиент-центрированная психотерапия (по К. Роджерсу), путем выражения чувств, стороннего взгляда на ситуацию и осознания причин текущего состояния, способствует принятию ответственности, снижению страха перед будущим, исчезновению ощущения изоляции у комбатантов. Логотерапия В. Франкла занимается поиском смысла существования, который часто утрачивается после травмы, путем использования техники «сократовского диалога» [357]. А.Л. Пушкарев с соавт. (2000) рекомендуют использовать семейную психотерапию с целью коррекции личностных особенностей и неадекватных форм реагирования супругов, гармонизации отношений, формирования единого видения произошедших событий, установки на здоровый образ жизни и оптимистического взгляда на общее будущее. Основным методом является групповая психотерапевтическая дискуссия, которая строится в системе межличностного взаимодействия (когнитивного, аффективного, поведенческого) и реализуется в интро-, интер- и метаиндивидуальной плоскостях личности. Используются также вспомогательные методы: психогимнастика, музыкотерапия и др. [300].

Таким образом, многообразие существующих терапевтических подходов и методов реабилитации ПТСР, подтверждает, что на сегодняшний день единой общепризнанной концепции терапии не разработано. Е.С. Калмыкова, Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина (2001) считают, что развитие ПТСР и его проявления значительно зависят от индивидуальных личностных особенностей, смыслового содержания травматических событий, а также контекста, в котором эти события происходят. Поэтому не важно, какой подход применяется в лечении травматического синдрома. Значение имеет эффективность предупреждающих мер, раннее начало лечения, социальная поддержка со стороны общества, семьи и близких, восстановление прежнего социального статуса комбатанта [133].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

В первой главе диссертации проанализированы теоретико-методологические основы психологии личности как субъекта деятельности экстремального профиля.

В подразделе 1.1 проведен теоретический анализ психологической специфики профессиональной деятельности экстремального профиля и подходов к ее изучению.

В параграфе 1.1.1 рассматриваются методологические и теоретические подходы к психологии труда и личности: деятельностный (А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов и др.), личностный (К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев и др.); субъектно-деятельностный (С.Л. Рубинштейн, Е.А. Климов, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский); профессиогенетический (В.А. Бодров), динамический (Л.И. Анцыферова). Описывается история развития представлений о психической травме в трудах зарубежных (R. Grinker, J. Spiegel, M. Horowitz и др.) и отечественных авторов (Х.Б. Ахмедова, Н.В. Тарабрина, Ж.Ч. Цуциева и др.).

В параграфе 1.1.2 дана характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных профессиям пожарно-спасательного профиля. Обосновывается патогенная роль физических, химических, психофизиологических, психологических факторов в развитии нервно-психических и соматических расстройств у пожарных.

В параграфе 1.1.3 анализируется психологическая специфика деятельности правоохранительных органов. Описываются основные виды деятельности сотрудников МВД РФ, дается определение критических инцидентов и экстремальных ситуаций, приводятся возможные причины психической и социальной дезадаптации у сотрудников ОВД. В параграфе 1.1.4 дана характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных локальным вооруженным конфликтам: специфически-профессиональных, ситуационно-психогенных (физических, социально-психологических) и личностных (биологических, индивидуально-психологических).

В подразделе 1.2 проведен теоретический анализ психологии личности как субъекта профессии экстремального профиля деятельности. В параграфе 1.2.1 рассмотрены биопсихосоциальный, нормоцентрический и патоцентрический подходы к исследованию личности, концепции психического здоровья В.Я. Семке (1999), Б.С.Фролова (1982), теории личности и структурно-динамический подход к ее изу-

чению (А.Г. Ковалев, К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев, Г.В. Олпорт, Б.Д. Парыгин и др.), многоуровневая система отношений и деятельности (В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский и др.), представления о пограничных формах психической патологии (В.Н. Бехтерев, В.А. Гиляровский, Ю.А. Александровский, Г.К. Ушаков и др.), о развитии личности в процессе самоактуализации (А. Маслоу, К. Роджерс и др.).

В параграфе 1.2.2 представлены отечественные (И.Т. Ковалев, Е.П. Ильин и др.) и зарубежные (W. Bilsky, S.H. Schwartz, J.W. Atkinson и др.) концепции мотивационной направленности личности. Приводятся результаты исследования мотивации специалистов профессий экстремального профиля (Ю.В. Бессонова, Г.Л. Анцупова и др.).

В параграфе 1.2.3 анализируются литературные данные по проблеме психической адаптации и дезадаптации личности в условиях профессионального стресса и боевой психической травмы. Рассматривается соотношение физиологического и психологического стресса (Г. Селье, R.S. Lazarus), понятие личностного адаптационного синдрома (С.Т. Посохова), типы эмоционально-поведенческого стрессового реагирования (Л.А. Китаев-Смык). Приводятся определения посттравматического стресса, психической травмы (Н.В. Тарабрина). Раскрывается комплексное понятие боевой психической травмы (С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков). Изложены концепция Ю.А. Александровского о барьере психической адаптации, концепции адаптации (Ф.Б. Березин, Л.И. Вассерман, М.А. Березин), а также концепции, объясняющие механизмы возникновения ПТСР (R.K. Pitman, L.S. Kolb, A. Maercker).

В параграфе 1.2.4 представлен обзор зарубежных (R.C. Kessler, A. Sonnega, J.F. Bogus и др.) и отечественных (М.М. Решетников, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Н.В. Тарабрина и др.) исследований боевой психической травмы и личностных изменений у комбатантов. Рассмотрены изменения функционирования личности в условиях боевых действий с точки зрения психической нормы, патопсихологические и психопатологические последствия боевой психической травмы, диагностические критерии ОСП и ПТСР (DSM-IV, МКБ-10), особенности посттравматических личностных расстройств (PTPD).

В параграфе 1.2.5 анализируются отечественные (А.П. Самонова, И.О. Котенева, М.В. Леви, В.И. Дутова, М.И. Марьина, Е.Н. Ашаниной и др.) и зарубежные (G. Mendelson, A. Brown, J.E. Cotes и др.) исследования особенностей личностных изменений у специалистов профессий пожарно-спасательного профиля.

В подразделе 1.3 описаны основные методы психологической профилактики, коррекции и реабилитации стрессовых расстройств у специалистов профессий экстремального профиля. В параграфе 1.3.1 рассматриваются методы психологической профилактики, реабилитации и коррекции негативных последствий участия в ликвидации различных типов ЧС, осуществляемых в 3 этапа: подготовительном (до выезда в зону КТО и в предэкспедиционном периоде), в процессе выполнения служебно-боевых задач (оперативный контроль состояния, первичная реабилитация), по возвращении в места постоянной дислокации подразделений (вторичная реабилитация, динамический контроль состояния).

В параграфе 1.3.2 рассмотрены психотерапевтический (когнитивно-бихевиоральная, психодинамическая, НЛП, гештальт-терапия, символдрама, клиент-центрированная терапия, логотерапия, семейная и др.) и психофармакологический аспекты лечения ПТСР у специалистов профессий экстремального профиля.

Таким образом, из общего анализа отечественных и зарубежных исследований очевидно, что психологические и соматические последствия воздействия экстремальных факторов на сотрудников МВД и МЧС России зависят от смыслового отношения к деятельности и индивидуальных особенностей человека. Стрессовые расстройства, возникающие у комбатантов и пожарных, рассматриваются отдельно от населения, так как профессиональный контингент не имеет права уклониться от угрозы смерти, а гражданские лица могут эвакуироваться из зоны ЧС. В боевой обстановке возникают противоречия между морально-личностными установками и необходимостью убивать, между долгом и желанием выжить. Этим природа психологических последствий боевого стресса существенно отличается от техногенных аварий, катастроф и стихийных бедствий.

ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ (ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ, МОДЕЛЬ) ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Теоретико-методологическая основа выдвинутой психологической концепции включает интегративный (междисциплинарный) и системно-динамический подход к изучению личности и деятельности, рассматривающий индивидуальность как совокупность понятий «индивид», «личность» и «субъект деятельности» (Б.Г. Ананьев), личность как обобщенную и устойчивую целостность психических свойств и процессов, многоуровневую систему отношений (В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский и др.). Предлагаемая теоретическая концепция опирается на деятельностный (А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов и др.), личностный (К.К. Платонов, Б.Г. Ананьев и др.), субъектно-деятельностный (С.Л. Рубинштейн, Е.А. Климов, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский); профессиогенетический (В.А. Бодров), динамический (Л.И. Анцыферова) подходы к психологии труда и личности, теорию системогенеза деятельности (В.Д. Шадриков), постулаты гуманистической психологии о развитии личности в процессе самоактуализации (А. Маслоу, С. Крипнер, Т. Грининг и др.), биопсихосоциальную парадигму, концепцию психической адаптации/дезадаптации (Ю.А. Александровский, Л.И. Вассерман, Ф.Б. Березин, Н.Г. Незнанов, Ф.З. Меерсон, Ю.Л. Нуллер, М. Перре, и др.), психодинамический, нормо- и патоцентрический подходы к личности и болезни (В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, Б.С. Фролов, В.Я. Семке и др.), концепции стресса (Г. Селье, Р. Лазарус, Л.А. Китаев-Смык, Ф.И. Березин и др.), теоретические представления об адаптационном потенциале и факторах риска дезадаптации (А.Г. Маклаков, Ю.А. Александровский, С.Б. Семичов, А.П. Коцюбинский, В.И. Евдокимов, С.Т. Посохова и др.), теорию «ведущих тенденций» личности, включающую соотношение свойств нервной системы, индивидуально-типологических характеристик и вариантов психической дезадаптации (Л.Н. Собчик, Ю.А. Александровский и др.), представления о пограничных формах психической патологии

(В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, В.А. Гиляровский, Г.К. Ушаков и др.), механизмах развития посттравматического стресса и боевой психической травмы (М.М. Решетников, Е.В. Снедков, Н.В. Тарабрина, Л.А. Китаев-Смык, Р.К. Pitman, L. Kolb, A. Maercker, A. Fontana, R. Rosenheck, Van der Kolk, M.J. Horowitz и др.).

Основные положения теоретической концепции личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля следующие:

Во-первых, специалист профессии экстремального профиля рассматривается нами как интегральная, динамичная, саморазвивающаяся биопсихосоциальная система, включающая 4 уровня организации: индивид, субъект деятельности, личность, индивидуальность (К.К. Платонов, 1969; С.Л. Рубинштейн, 1976; Л.И. Анциферова, 1980; Б.Ф. Ломов 1982; Б.Г. Ананьев, 1996; и др.), личность – как многоуровневую систему биологически и социально обусловленных особенностей, психических свойств, процессов, состояний, опыта, отношений, реализующихся в поведении и деятельности (К.К. Платонов, А.Г. Ковалев, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, Б.Д. Парыгин, G.W. Allport и др.). Деятельность как системный и полиструктурный процесс включает ценностно-мотивационный, структурно-функциональный, психофизиологический и индивидуально-психологический компоненты личности, вызывая процессы взаимной адаптации и трансформации (В.Д. Шадриков, 1982, 2007; Е.А. Климов, 1996; А.В. Брушлинский, 2001). В процессе деятельности личность формируется, развивается и изменяется (в прогрессивном или регрессивном направлении) в пределах индивидуально очерченного диапазона, при этом создаются функциональные системы, перестраиваются операционные механизмы, приобретаются специфические качества психических процессов, свойств и состояний, меняется отношение к действительности и когнитивная «картина мира» (Л.И. Анциферова, 1980; В.Д. Шадриков, 1982; А.Н. Леонтьев, 1983; В.Н. Мясищев, 1995; С.П. Безносков, 2004; К.А. Абульханова, 2007; В.А. Бодров, 2007; Н.В. Тарабрина, 2008; и др.).

Во-вторых, деятельность экстремального профиля (МВД и МЧС России) характеризуется комплексом факторов (рисунок 1): ситуационно-психогенных (профессиональной среды, трудового процесса, социально-психологических) и индивидуально-личностных (биологических, индивидуально-психологических), которые, предь-

являя повышенные требования к ресурсным и резервным возможностям организма на всех уровнях организации, являются предикторами психологических и соматических последствий.

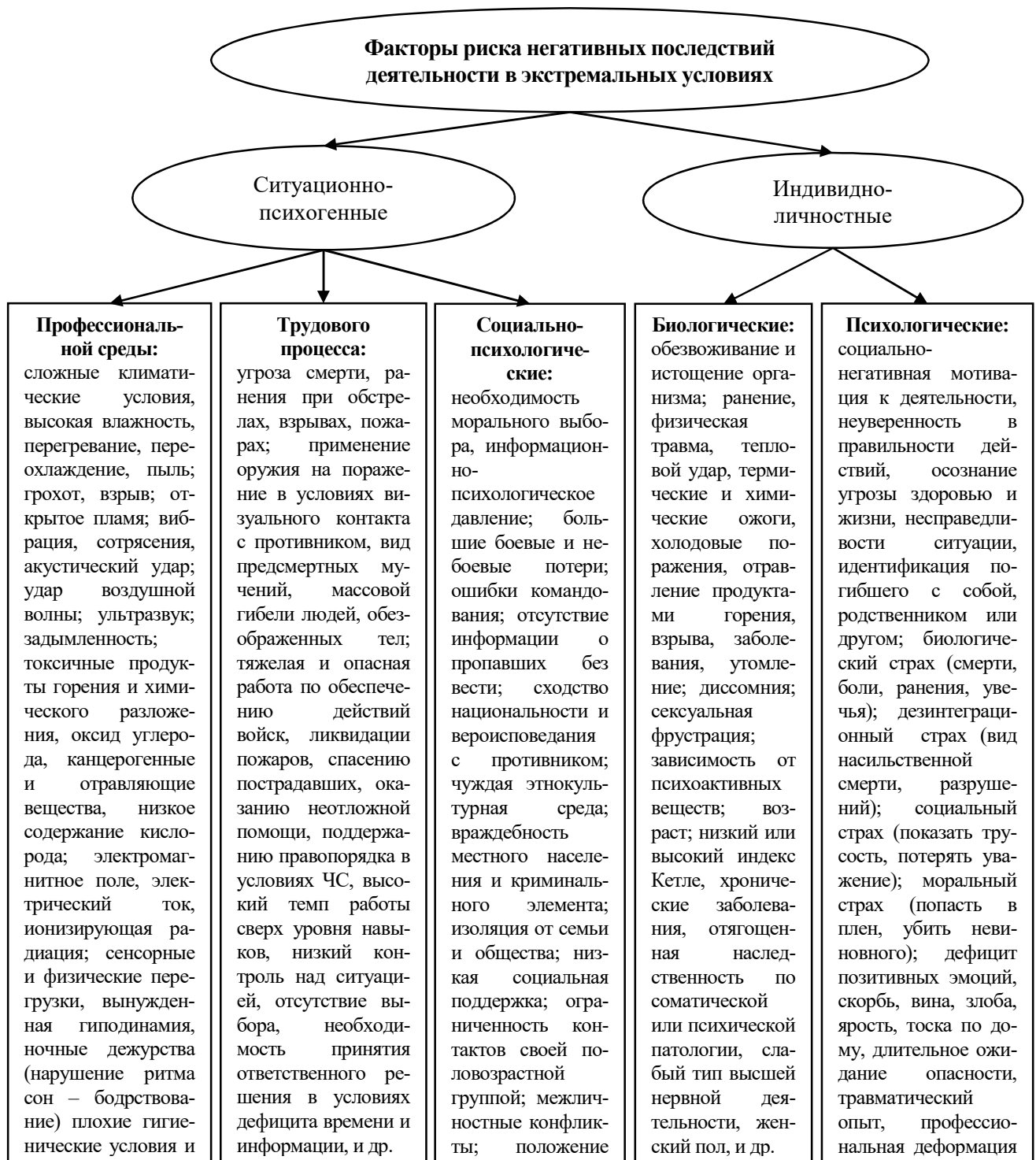


Рисунок 1 – Факторы риска возникновения негативных последствий деятельности в экстремальных условиях

Обобщение данных отечественных и зарубежных литературных источников [13, 30, 63, 93, 178, 182, 193, 257, 331, 333, 344, 354, 367, 412, 423, 432, 448, 453, 536 и др.] позволило классифицировать факторы риска возникновения негативных последствий деятельности экстремального профиля на 5 групп:

1) Ситуационно-психогенные факторы профессиональной среды (климатические, физические, химические, биологические и др.), обусловленные вредными, опасными для жизни и здоровья условиями служебной деятельности при проведении контртеррористических операций, тушении сложных пожаров и ликвидации последствий ЧС. Ситуационно-психогенные факторы профессиональной среды, превышая санитарно-гигиенические нормативы и предельно-допустимые концентрации, истощают адаптационные ресурсы организма/личности специалистов, увеличивая риск психологических и физиологических изменений, функциональных нарушений, соматических, инфекционных заболеваний и психических расстройств.

2) Ситуационно-психогенные факторы трудового процесса обусловлены содержанием (опасностью, сложностью, ответственностью и др.) решаемых профессиональных задач в зоне стихийного бедствия, катастрофы, ведения боевых действий, в условиях сложной оперативной обстановки, массовых беспорядков, оперативных и следственных мероприятий, ликвидации вооруженных групп, пресечения террористических актов, обеспечения деятельности войск, освобождения заложников, спасения и оказания помощи пострадавшим. Факторами высокого риска развития негативных психологических и соматических последствий являются: угроза смерти, ранения, высокий темп работы сверх уровня навыков, необходимость противодействовать физической и вербальной агрессии, применять оружие и видеть предсмертные мучения, контактировать с мертвыми, принимать ответственные решения в условиях дефицита времени, информации, отсутствия выбора, низкого контроля над ситуацией, недостаточная профессиональная подготовленность и др.

3) Социально-психологические профессиональные факторы риска на микросоциальном уровне включают психологический климат в подразделении (отсутствие сплоченности, взаимопомощи), межличностные отношения (конфликты, положение новичка в коллективе, изоляцию от близких, ограниченность контактов своей поло-

возрастной группой) и дисгармоничные отношения в семье сотрудника (недостаточную социальную поддержку родных и близких), а также внутриличностный конфликт вследствие сходства национальности и вероисповедания с противником, необходимости морального выбора (моральная дилемма между долгом и желанием выжить, «кого спасти первым?», «кого отправить на опасное задание?», «пожертвовать одним, но спасти многих?» и т.п.). Макросоциальные факторы отражают ситуационно-психогенный «фон» служебно-боевой деятельности (чуждая этнокультурная среда, враждебность местного населения, информационно-психологическое давление, большие боевые потери, отсутствие информации о пропавших без вести и др.).

4) К факторам риска биологического уровня относятся: интенсивные нагрузки на когнитивно-перцептивную и физиологическую (опорно-двигательный аппарат, нервную, иммунную, сердечно-сосудистую и др.) системы организма (ранения, черепно-мозговые травмы, обезвоживание, голодание, отравление, термические, химические, холодовые поражения, и др.), неблагоприятное функциональное и психосоматическое состояние (переутомление, диссомния, детренированность, сниженный иммунитет, хронические соматические заболевания, низкий/высокий индекс Кетле и др.); отягощенная наследственность по психической и соматической патологии; половозрастные, конституциональные, генетические, психофизиологические и нейробиологические особенности и свойства личности, детерминирующие низкую стрессоустойчивость (слабый тип высшей нервной деятельности, недостаточная пластичность гомеостатических и регуляторных систем организма, зависимость от психоактивных веществ и др.), недостаточная физическая подготовленность к деятельности в экстремальных условиях.

5) Индивидуально-психологические факторы риска включают мотивационный, эмоциональный, когнитивный и типологический компоненты: социально-негативная мотивация выбора профессии, участия в КТО, ценностно-смысловая оценка профессиональной роли, своего поведения и деятельности в экстремальных ситуациях, интенсивные отрицательные эмоции и чувства (страх, ужас, боль, беспомощность, скорбь, тоска, вина, ярость и др.), характер восприятия и когнитивной переработки психотравмирующих событий (разрушений, страданий, массовой гибели людей,

идентификации с погибшими и др.), степень нарушения когнитивных процессов (внимания, памяти) и изменения «картины мира» (базисных убеждений об устройстве мира и собственном Я), неспособность вербализовать травматические воспоминания, неинтегрированность травматического опыта, наличие профессиональной деформации личности, психопатии, акцентуации характера, недостаточная психологическая подготовленность к деятельности в экстремальных условиях и др. [147, 271, 303, 327, 353, 419, 460, 465, 497, 537, 543].

В третьих, мы полагаем, что время – один из важнейших абиотических факторов – оказывает значимое влияние на выраженность последствий деятельности экстремального профиля в трех аспектах: 1) как динамическая составляющая ситуационно-психогенных профессиональных факторов (продолжительность, внезапность, периодичность, интенсивность воздействия), факторов социальной среды (степень стабильности отношений, социальной поддержки, длительность изоляции от семьи, повторяемость, напряженность межличностных конфликтов и др.) и профессиональной (социальной) адаптации; 2) как временная характеристика биологических процессов организма, отражающаяся в возрастных, физиологических (в том числе адаптационных) изменениях, частоте и длительности соматической заболеваемости; 3) как временная характеристика психических процессов, проявляющаяся в сроках возникновения (ранние, отдаленные), степени выраженности (острые, подострые, хронические), устойчивости и характере динамики психологических последствий (линейно прогрессирующий, регрессирующий или интермиттирующий, с периодами улучшения/ухудшения самочувствия), а также в психологической адаптации к экстремальным условиям деятельности и реадаптации к мирной жизни [125, 158, 167, 174, 187, 215, 303, 325, 327, 330, 362, 387, 432, 535, 538 и др.]. В доступной научной литературе не удалось обнаружить работ, посвященных анализу последствий кратковременного влияния на сотрудников ОВД боевого стресса, в сравнении с длительным воздействием профессионального стресса в мирных условиях, лонгитюдных обследований сотрудников МЧС до и после ликвидации последствий ЧС, а также совокупного влияния временных предикторов на тип психологических последствий, что определяет необходимость проведения указанных исследований.

В-четвертых, мы считаем, что последствия деятельности экстремального профиля различаются не только по направленности (нормативные, патологические), типу (психологические, психопатологические, соматические), времени возникновения (ранние, отдаленные), но и по характеру (рисунок 2) – специфические (характерные) и неспецифические (однотипные для различных видов опасных профессий). Вектор, тип и характер последствий определяется содержанием профессиональной деятельности – качественно-количественным и временным соотношением факторов риска (ситуационно-психогенных, личностных), функциональными возможностями индивидуального барьера психической адаптации, степенью напряженности адаптационных, истощением ресурсных и компенсаторных механизмов личности, а также мотивационно-смысловым отношением к деятельности и когнитивной оценкой ситуации (ее восприятием как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей).



Рисунок 2 – Классификация последствий профессиональной деятельности в экстремальных условиях

Изложенная классификация последствий опасной для жизни деятельности подтверждается исследованиями многих авторов (Ф.Б. Березин, 1988; Ф.З. Меерсон, 1993;

Л.И. Вассерман, 1994; Ю.А. Александровский, 2000; С.Т. Посохова, 2002; В.А. Бодров, 2006; и др.). Так, по мнению Ю.А. Александровского (2000), длительное воздействие стрессовых факторов приводит к глубокой адаптационной перестройке деятельности функциональных систем. «Накопление невротизирующих механизмов» и их отдаленная активация является отражением закономерностей формирования функциональных возможностей индивидуального барьера психической адаптации и их нарушений под влиянием факторов, которые служат пусковым механизмом различных вариантов психической дезадаптации, сопровождаются защитными реакциями, пограничными состояниями и сохраняются в течение длительного времени в качестве индивидуально значимой психогении [17]. Ф.Б. Березин (1988), М.А. Березин, Л.И. Вассерман (1994) считают, что «прорыв» барьера психической адаптации происходит на биологическом (вегето-висцеральном), психологическом (мотивационном, эмоционально-волевом) и социальном уровнях [41, 43]. Ю.А. Александровский (2000) указывает на психофизиологическую общность развития эмоционально-стрессовых и невротических состояний, начальное звено которых – негативные эмоции (страх, тревога, ужас) возникают не столько под воздействием объективно сильного стрессора, сколько под влиянием субъективной оценки ситуации как психотравмирующей [17]. А.Г. Маклаков (1996), Е.В. Снедков (1997), М.В. Леви (2000), Е.О. Александров (2001), С.А. Колов (2007), Н.В. Тарабрина (2008) М.М. Решетников (2011), Е.Г. Ичитовкина (2011) и др. описывают ранние и отдаленные психологические и психопатологические последствия профессиональной деятельности в Вооруженных Силах, органах МВД и МЧС России [13, 125, 151, 191, 303, 327, 354]. В доступной научной литературе не удалось обнаружить исследований, посвященных сравнительному анализу неспецифических и специфических психологических последствий ЧС антропогенного и природного характера у специалистов опасных профессий, однако исследования психиатров (Ю.А. Александровский, 1991; Б.В. Овчинников, 1995; Е.В. Снедков, 1997; С.А. Колов, 2007; В.П. Коханов, В.Н. Краснов, 2008; и др.) и психологов (Н.В. Тарабрина, 1998, 2008; М.А. Падун, В.А. Агарков, 2002; Е.А. Миско, 2002; М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная, 2003; и др.) доказали, что наиболее интенсивной и разрушительной для личности является реакция на угрозу, исходящую от другого человека (вой-

ны, террористические акты), поскольку разрушают базовые структуры личностной организации – «картину мира» и систему жизненных ценностей [16, 110, 168, 233, 271, 258, 327, 347, 354].

В-пятых, мы считаем, что профессиональные стресс-факторы запускают интегральный динамический процесс адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, который в раннем периоде проявляется адаптационным стрессовым реагированием в виде эмоционально-поведенческого, вегетативного, когнитивного и социально-психологического субсиндромов, а в отдаленном периоде (при повторяющемся, длительном воздействии) сопровождается формированием полиморфных (по выраженности и качеству) постстрессовых личностных изменений в границах индивидуально-очерченного диапазона (основных ведущих тенденций), способных закрепляться и в дальнейшем трансформироваться под влиянием психосоциальных условий и стрессоров повседневной жизни. Данный тезис базируется на отечественных (В.Д.Шадриков, 1982; Л.А. Китаев-Смык, 1983; Ф.Б. Березин, 1988; Е.В. Снедков, 1997; А.Г. Караяни, 1998; С.Т. Посохова, 2002; Л.Н. Собчик, 2002; В.А. Бодров, 2006 и др.) и зарубежных (В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey, 1989; R.K. Pitman, L. Kolb, 1989; M.J. Horowitz, 1997, 2001; и др.) исследованиях. Например, по мнению Л.Н. Собчик (2002), индивидуально очерченный диапазон адаптивной изменчивости личности детерминируется ведущей тенденцией в рамках базовых свойств, черт характера и индивидуального стиля поведения [328]. По данным С.Т. Посоховой (2002), «адаптационная пластичность личности выражается в изменении диапазона проявлений и структуры психологических свойств» [279, С. 35]. При кратковременном влиянии «социальных, предметно-технологических, природно-климатических условий» происходит «модификация структурной организации» личности: наиболее устойчивыми к факторам среды оказываются «свойства, отражающие способность личности к самоорганизации», а «высокой лабильностью обладают коммуникативные и эмоциональные свойства». Результат «адаптационной трансформации заключается в изменении образа «Я», формировании нового личностного адаптационного синдрома» [279, С. 36]. Л.А. Китаев-Смык (2012) считает, что первым в экстремальных условиях проявляется эмоционально-поведенческий субсиндром, затем вегетативный, когнитив-

ный и социально-психологический, которые определяются внешними (интенсивностью, длительностью, кратностью стрессора) и внутренними факторами (врожденными особенностями нервной системы и приобретенными психологическими качествами, опытом, тренированностью, субъективной значимостью ситуации) [147]. С.В.Литвинцев (1994), Е.В. Снедков (1997), А.М. Резник (2005), С.А. Колов (2007) полагают, что при длительной боевой психической травматизации многоуровневый процесс адаптационной активности организма сопровождается напряжением механизмов реактивной саморегуляции, закреплением морфологических изменений в структурах ЦНС, формированием специфических постстрессовых личностных изменений (психологических, психопатологических и патопсихологических), которые претерпевают дальнейшую трансформацию под влиянием социальных условий мирной жизни [151, 200, 201, 327]. По мнению Н.В. Тарабриной (2008), пролонгированный характер воздействия стресс-факторов трансформирует их в психогенные, что является причиной развития дезадаптации личности (в том числе ПТСР) [354]. А.Г.Караяни (1998) считает, что причины постстрессовых расстройств у комбатантов кроются в противоречивости адаптационных процессов, в сложных социальных отношениях, совпадении возрастных личностных изменений с участием в боевой деятельности, в быстром возвращении к обстановке мирной жизни [142]. А.С. Жаданюк (2005) отмечает, что длительное участие в КТО сопровождается изменениями в структуре личности в виде усиления и интенсивного развития качеств, способствующих успешному осуществлению служебно-боевой деятельности, и подавление структур, не участвующих в этом процессе. Если эти изменения нарушают целостность личности, снижают ее адаптивность и устойчивость, то их рассматривают как деформации [103]. С.А. Колов (2007) считает, что черты личностной дисгармонии закрепляются в течение 9-17 месяцев после участия в боевых действиях [151]. В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey (1989), L. Kolb (1989), Е.В. Снедков (1997), С.А. Колов (2007) и др. описывают отдаленные (от 2-х до 15 лет) личностные изменения у ветеранов боевых действий в виде когнитивных, эмоциональных, коммуникативных, соматических и патохарактерологических проявлений [151, 327, 476, 538].

В-шестых, индивидуально-личностные характеристики – биологические и психологические (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические) выступают в качестве посредников, способствующих усилению или ослаблению психотравмирующего воздействия, возникновению или предотвращению дезадаптивных последствий. Мы полагаем, что возникновению негативных последствий деятельности экстремального профиля способствуют: гипостенические свойства личности, основанные на низкой реактивности, инертности и слабости нервных процессов, тормозимый (интровертированность, тревожность, сензитивность), возбудимый (агрессивность, спонтанность, неконформность) или смешанный тип реагирования (лабильность, эмоциональная неустойчивость как результат сочетания тревожности с экстравертированностью; ригидность, низкая коммуникативность как результат сочетания агрессивности, инертности с интровертированностью), а также органическая предрасположенность (нарушения ЦНС, соматические дисфункции), негативная (индивидуально-ориентированная) профессиональная мотивация и недостаточная подготовленность (психическая, физическая, профессиональная) к деятельности в экстремальных условиях. Предотвращению негативных последствий у специалистов «экстремальных» профессий способствуют: гиперстенические свойства личности, основанные на высокой реактивности, динамичности и силе нервных процессов в сочетании с низкой рефлексивностью (экстравертированность, активность, оптимистичность), позитивная (социально-ориентированная) профессиональная мотивация, а также высокий уровень подготовленности к деятельности в экстремальных условиях.

Данное положение базируется на исследованиях отечественных [34, 39, 51, 94, 99, 103, 119, 123, 125, 131, 158, 161, 244, 281, 319, 327, 369 и др.] и зарубежных [441, 476, 479, 489, 506, 538 и др.] авторов. По мнению С.Л. Рубинштейна, личность является опосредующим звеном, через которое воздействия внешней среды связаны с психологическими последствиями [308]. «Человек не только объект различных воздействий, но и субъект» [308, С. 184], который, «изменяя действительность во время своей трудовой деятельности, изменяется сам; но в изменении, поскольку оно является развитием данной личности, сохраняется и определенная преемственность» [308, С. 190]. Согласно теории «ведущих личностных тенденций» (Л.Н. Собчик, 2008)

типология индивидуальности базируется на 8-ми устойчивых (интроверсия – экстраверсия, тревожность – агрессивность, ригидность – эмотивность, сенситивность – спонтанность) и 8-ми производных от них личностных паттернов (оптимистичность – пессимистичность, пассивность – активность, педантичность – боязливость, мнительность – неконформность), которые, при неблагоприятных условиях формирования и под влиянием факторов среды, служат predisposition определенному варианту психической дезадаптации (ВД). В сложном конструкте гармоничной личностной структуры присутствуют все разнонаправленные и умеренно выраженные типологические свойства, которые проявляются адекватно ситуации и уравнивают друг друга. Дисбаланс в сторону преобладающей тенденции проявляется акцентуацией характера или дезадаптацией по соответствующему типу реагирования. Тип реагирования базируется на типе высшей нервной деятельности и является продолжением ведущей личностной тенденции, представляя собой основу для формирования личностных свойств, адаптивной и дезадаптивной изменчивости [328].

На рисунке 3 показана преемственность разных уровней организации психической деятельности, формирующих индивидуально-личностный паттерн: тип высшей нервной деятельности, свойства нервной системы, индивидуально-психологические особенности, детерминирующие определенный тип дезадаптации [17, 328]. Г.Г. Федичев (2005) установил, что формированию ПТСР в условиях боевых действий и в мирное время препятствуют характеристики сангвинического и флегматического темперамента в сочетании с любой структурой личностного психотипа, а холерические и меланхолические характеристики – способствуют личностной дезадаптации комбатантов [369]. А.П. Сложеникин (2009), Е.Г. Ичитовкина с соавт. (2011) отмечают, что успешной адаптации профессионального контингента к боевой деятельности способствуют оптимистичность, коммуникабельность, гибкость и эмоциональная устойчивость, а также мотивация (ориентация на групповые цели и ценности) [126, 324]. По заключению Е.О. Александрова (2001), Е.Г. Шевыревой (2006), Е.Г. Ичитовкиной с соавт. (2011), экстрапунитивная агрессивность и выраженная эмоциональная лабильность увеличивают риск дезадаптации у комбатантов [13, 126, 391].

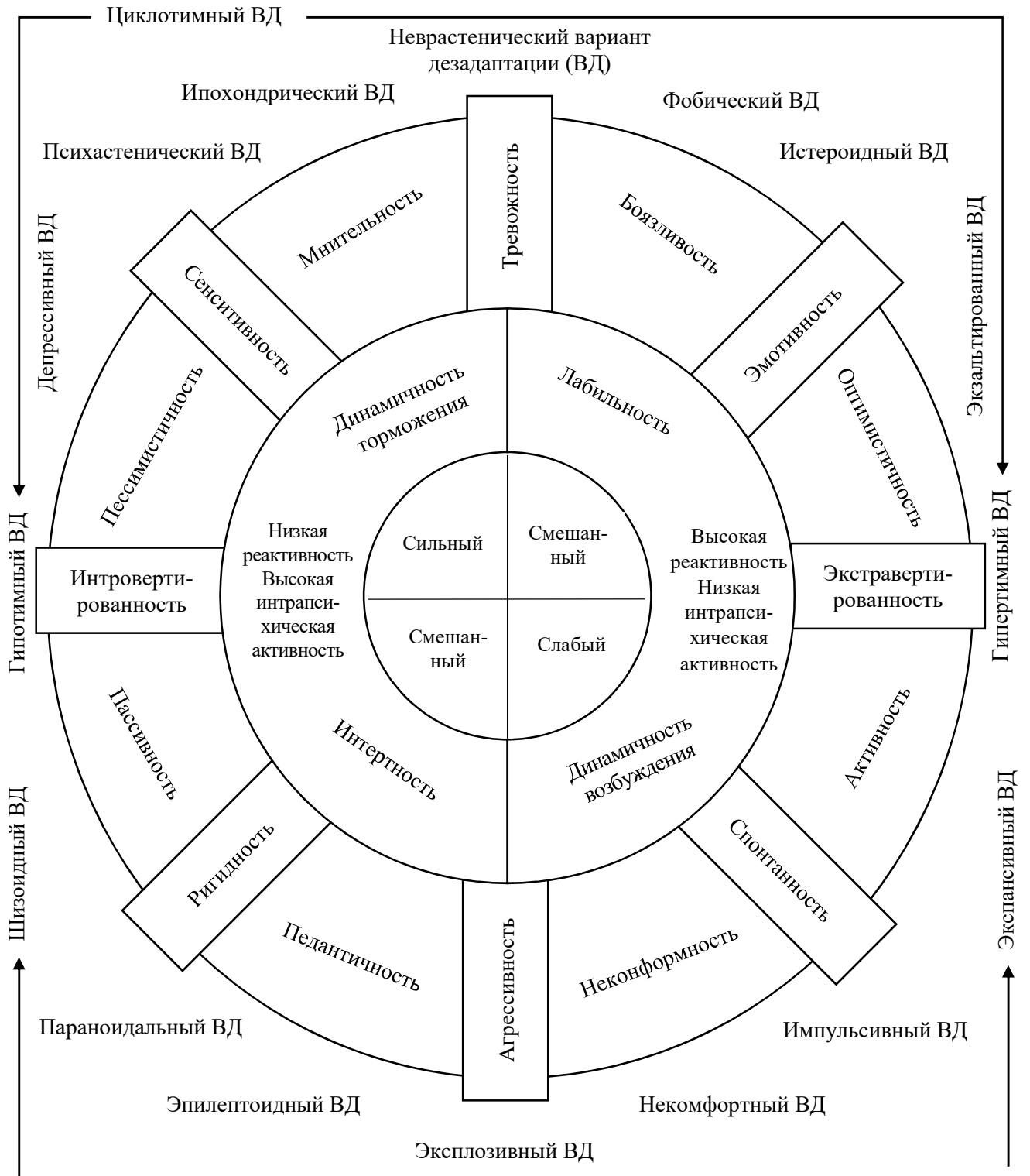


Рисунок 3 – Соотношение свойств нервной системы, типологических характеристик и вероятных вариантов психической дезадаптации личности (по Л.Н. Собчик)

По данным В.В. Попкова (1999), Е.Г. Косовой (2005), Е.Г. Шевыревой (2006) высокий нейротизм, преморбидная личностная тревожность, ригидность, пессимистичность, психастенический тип реагирования являются прогностически неблагоприятными факторами развития ПТСР [161, 281, 391]. Е.В. Снедков (1997) и

Н.А. Куксова (2003) отмечают высокую вероятность развития ПТСР у участников боевых действий с преморбидной акцентуацией характера эпилептоидного, циклотимного, шизоидного, истероидного и конформного типа [180, 327]. Н.В. Короткова (2000) установила положительную взаимосвязь возбудимой акцентуации со степенью тяжести ПТСР и ЧМТ у комбатантов [160]. По мнению А.Б. Смулевича (2003), предикторами ПТСР являются преморбидная субдепрессивность и гипоманиакальность [294, 326]. В доступной научной литературе не удалось обнаружить работ по изучению взаимосвязи профессиональной мотивации комбатантов и сотрудников МЧС России с психологическими последствиями деятельности экстремального профиля, что определяет необходимость проведения такого рода исследований. Представляется целесообразным изучить причинно-следственные связи динамически действующих во времени ситуационно-психогенных факторов с особенностями личности, способствующих (или препятствующих) возникновению негативных последствий деятельности экстремального профиля с помощью метода моделирования структурными уравнениями, который ранее не использовался для этих целей.

В-седьмых, с позиции биопсихосоциального и нормоцентрического подходов, направленность и структура психологических последствий деятельности экстремального профиля отражает последовательные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология», проявляющихся как в виде донозологических типов (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных, пограничных), так и дезадаптивных (нозологических) расстройств. В процентном соотношении среди донозологических вариантов последствий преобладает неустойчиво-адаптивный тип, а пограничные и дезадаптивные типы представлены в минимальном количестве.

На рисунке 4 изображена теоретическая модель формирования психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля, которая представляет собой многокомпонентное динамическое образование, включающее:

- 1) Факторы риска (предикторы) негативных психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля (профессиональные, личностные, социальные).

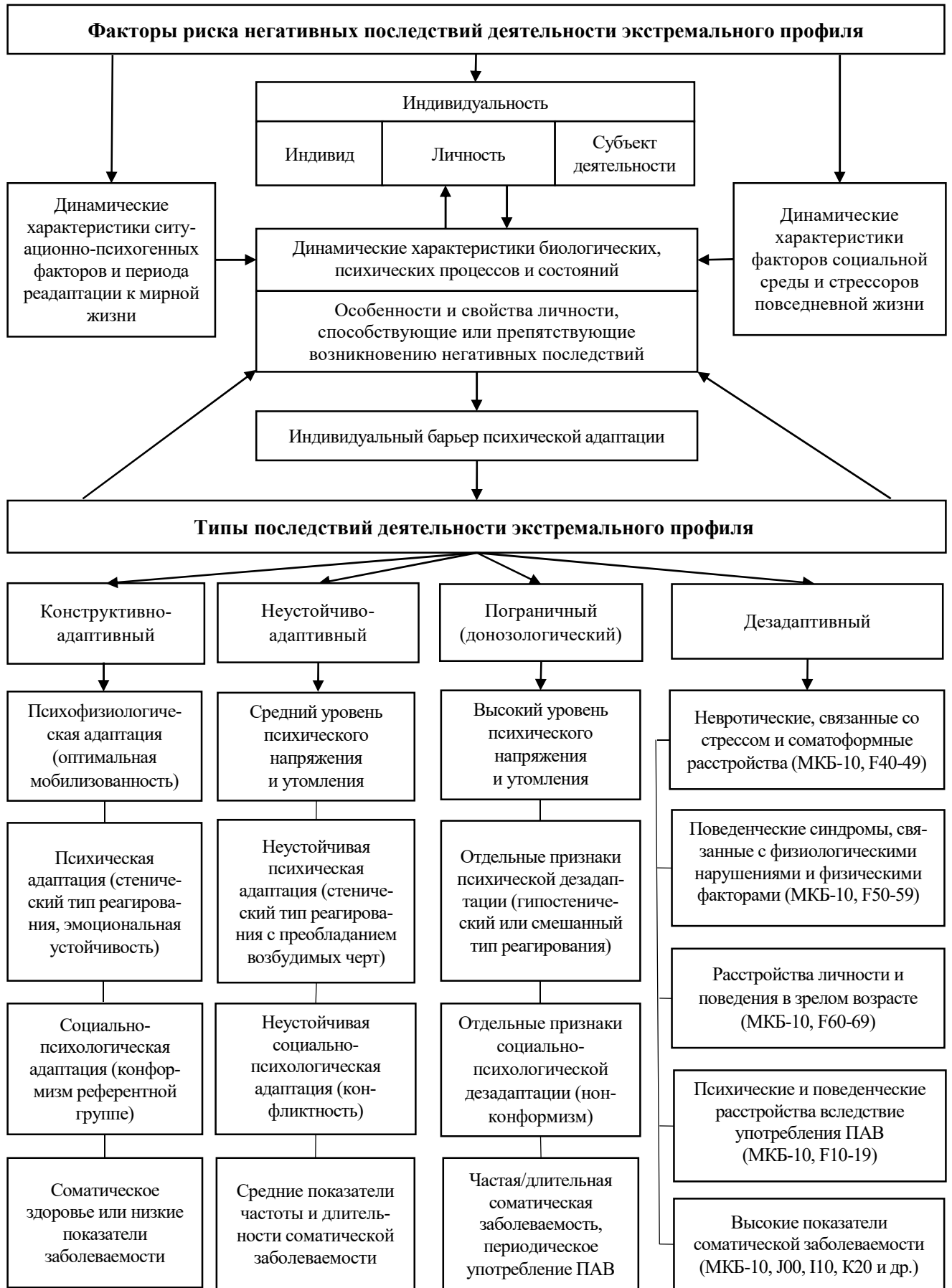


Рисунок 4 – Теоретическая модель формирования адаптивных и деадаптивных типов последствий деятельности экстремального профиля

2) Личность специалиста профессии экстремального профиля – интегральную многоуровневую динамичную систему (биологически и социально обусловленных особенностей, психических свойств, процессов, состояний, опыта, отношений), способную формироваться, развиваться и изменяться (в прогрессивном или регрессивном направлении) в процессе деятельности в пределах индивидуально очерченного диапазона. Индивидуально-личностные характеристики – биологические и психологические (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические особенности и свойства личности) – детерминируют функциональные возможности индивидуального адаптационного барьера и выступают в качестве посредников, способствующих возникновению или предотвращению дезадаптивных последствий. Профессиональные и социальные средовые факторы влияют на характеристики биологических и психических процессов, определяют длительность и устойчивость негативных психических состояний, детерминирующую направленность, тип и характер последствий деятельности экстремального профиля.

3) Типы психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля в пределах нормативного (адаптивного) и патологического (дезадаптивного, нозологического) диапазона. Мы считаем, что конструктивно-адаптивный тип последствий в раннем периоде стрессовой адаптации проявляется активным и адекватным ситуации эмоционально-поведенческим стрессовым реагированием (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012): эффективной мобилизацией и оптимальным расходом ресурсов, эмоциональной устойчивостью, интенсификацией интеллектуальной деятельности, сосредоточенностью на решении проблем. В отдаленном периоде адаптации к экстремальным условиям у опытных специалистов вероятен стенический тип реагирования (по Л.Н. Собчик, 2008), рациональная, конструктивная активность, способность длительно выдерживать эмоциональные нагрузки, продуктивно работать, подчиняться установленному порядку. У них отсутствуют признаки личностной дисгармонии, социальной дезадаптации, симптомы посттравматических и соматических расстройств, что соответствует первой группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Неустойчиво-адаптивный тип последствий в раннем периоде стрессовой адаптации проявляются избыточно активным, нерациональным эмоционально-поведенческим реагированием (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012): сниженным самоконтролем, экстрапунитивными и импульсивными реакциями, ошибочными действиями в связи с неверным оцениванием и прогнозированием ситуации. Не эффективное расходование психических и физических ресурсов способствует их истощению, развитию утомления, повышенной напряженности, тревожности (неустойчивая психофизиологическая адаптация). В отдаленном периоде вероятен стенический тип реагирования с преобладанием возбудимых черт (по Л.Н. Собчик, 2008), сниженная толерантность к фрустрации, неустойчивая социальная адаптация (ригидность, независимость, авторитарность, агрессивность, конфликтность). Адаптация достигается за счет активизации ресурсов (внутренних, внешних) и напряжения компенсаторных механизмов личности (ориентация на социальные нормативы, сдерживание эмоций), при этом повышается риск функциональных и психосоматических расстройств в преморбидно ослабленной системе организма. Отдельные признаки личностной дисгармонии (вследствие неустойчивого равновесия между действующими ситуационно-психогенными факторами и адаптационными механизмами личности) на фоне сохраненного социального функционирования, в основном соответствуют второй группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Пограничные (негативные) последствия рассматриваются нами с точки зрения нормоцентрического подхода, в качестве крайних вариантов нормы (в границах предболезни), когда имеют место отдельные признаки личностной дисгармонии и не оформившиеся в синдромы единичные симптомы непсихотических расстройств, с высоким риском их перехода в развернутые нозологические формы (в случае несвоевременных и недостаточно адекватных реабилитационных мероприятий). В ранний период стрессовой адаптации вероятно пассивное неконструктивное (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012) эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование (инертность, низкая реактивность, ступор), формирование острых стрессовых реакций и астено-невротических проявлений. В отдаленном периоде – гипостенический или смешанный тип реагирования (по Л.Н. Собчик, 2008) со склонностью к субде-

прессивному аффекту, эмоциональной лабильностью и низкой стрессоустойчивостью. Отдельные признаки психической (конфликт противоречивых личностных тенденций, заострение акцентуированных и психопатических черт, донозологические симптомы ПТСР, суицидальный риск), социальной (межличностные конфликты, нонконформизм), психофизиологической (выраженное психическое напряжение, утомление, соматоформные вегетативные дисфункции) и соматической дезадаптации (повышенные показатели соматической заболеваемости, периодическое употребление психоактивных веществ), соответствующие третьей группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Дезадаптивный тип последствий включает нозологически оформленные психические и соматические расстройства, классифицируемые по МКБ-10 и соответствующие четвертой и пятой группам психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Данное положение базируется на исследованиях многих отечественных ученых (Ю.А. Александровский, 1976, 1991, 2000; Б.С. Фролов, 1982; С.Б. Семичов, 1987; Ф.Б. Березин, 1988; Л.И. Вассерман, 1997; В.Я. Семке, 1999; В.Я. Апчел, В.Н. Цыган, 1999; В.И. Евдокимов, 2001; Л.А. Китаев-Смык, 2009 и др.), которые считают, что на начальном этапе проявления дезадаптации сходны с симптоматикой пограничных (субклинических) нарушений, которые занимают промежуточное положение между здоровьем и нозологически очерченным заболеванием [15, 16, 17, 30, 43, 66, 99, 146, 319, 320, 373]. По мнению Ю.А. Александровского (2000), пограничные психические расстройства «имеют в своей основе адаптивный характер, отражают гомеостатические процессы, направленные на выравнивание патологических проявлений». «Перенапряжение процессов метаболической адаптации в отдельных структурных элементах системы нервной регуляции гомеостаза может приводить к перестройке (перерегулированию) этого процесса с переходом адаптационных физиологических реакций сначала в ложноадаптационные, а затем – в патологические» [17, С. 68, 73]. При перманентном действии стрессоров высокой интенсивности и истощении адаптационного потенциала, процесс дезадаптации проходит три стадии: 1) напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов; 2) «парциальная» пси-

хическая дезадаптация (пограничные донозологические расстройства); 3) тотальная» психическая дезадаптация (психосоматические заболевания) [66, 319]. В.Я. Апчел, В.Н. Цыган (1999) считают, что боевая психическая травма приводит к «прорыву» индивидуального адаптационного барьера личности в ходе первой фазы ОАС (реакции тревоги), так как интенсивность воздействия психогенных стресс-факторов значительно превышает возможности психики по их адекватному отреагированию и запас адаптационных ресурсов. Но включение защитных механизмов вызывает мобилизацию резервов организма, что приводит к развитию второй фазы – стадии резистентности и адаптации организма к стрессовому воздействию. Однако при длительном воздействии стресс-факторов, мобилизованные адаптационные ресурсы истощаются, что вызывает состояние дезадаптации (3-я фаза) [30]. По мнению Ф.Б. Березина (1988), длительное воздействие стрессогенных и психотравмирующих факторов на фоне истощения индивидуального адаптационного потенциала и преморбидной дисгармонии личности приводит к закреплению дезадаптивных поведенческих паттернов [43]. Так, М.В. Корехова (2013) выявила у сотрудников ОВД, МЧС и военнослужащих признаки несовершенной психофизиологической (психическое напряжение, расстройство сна, вегетативный дисбаланс, астения), психической (низкая стрессоустойчивость, гипотимия, зависимость) и социальной адаптации (симптомы эмоционального выгорания, социальная интроверсия, нонконформизм, агрессивность, низкая нормативность поведения) [158]. Е.Г. Ичитовкина с соавт. (2011) отмечает хорошую боевую адаптированность комбатантов МВД со стеническим типом стрессового реагирования (оптимистичных, импульсивных, агрессивных), у которых, однако, отмечаются признаки социальной (конфликты в семье, ограниченный круг интересов) и соматической дезадаптации (психосоматические заболевания, частое употребление алкоголя) [126]. В.П. Коханов, В.Н. Краснов (2008) выделили три группы военнослужащих, участвовавших в боевых действиях: 1) со стеническим стрессовым реагированием, активных, конформных, с хорошим самоконтролем и адекватной самооценкой; 2) с пассивным стрессовым реагированием, экспрессивных, демонстративных, с неврастеническими проявлениями и функциональными соматическими нарушениями; 3) с пассивным стрессовым реагирова-

нием, ригидных, интровертированных, гипотимных, с психастеническими чертами и психосоматическими расстройствами [168]. А.Л. Иванов и соавт. (2003) также описал три типа психической дезадаптации у комбатантов: активно-оборонительный (адаптивный), пассивно-оборонительный (дезадаптивный с интрапсихической направленностью, тревожно-депрессивными и ипохондрическими проявлениями) и деструктивный (дезадаптивный с интерпсихической направленностью, агрессивным, конфликтным поведением, алкоголизацией, суицидальными попытками) [114].

В-восьмых, мы полагаем, что психосоциальные составляющие личностной структуры и затруднения адаптации специалистов профессий экстремального профиля требуют своевременных психокоррекционных мероприятий, учитывающих сроки возникновения, степень выраженности, устойчивость, характер течения (динамики периодов ухудшения/улучшения состояния), а также типы психологических последствий деятельности экстремального профиля. Это определяет необходимость разработки и оценки эффективности программы краткосрочной групповой психологической коррекции, основанной на принципах системности, комплексности методов психологического воздействия когнитивно-поведенческого, бихевиорального, психодинамического и экзистенциального направлений. Данный тезис основан на исследованиях отечественных [108, 133, 151, 235, 300 и др.] и зарубежных [400, 447, 462, 466, 486, 509, 525, 538 и др.] авторов. Так, С.А. Колов (2007) считает, что наиболее результативным в отношении постстрессовых личностных изменений у комбатантов является применение технических приемов экзистенциальной терапии в краткосрочном групповом методе коррекции [151]. Е.А. Крашенинникова (2001), Е.В. Митасова (2004), О.А. Шевцова (2010) предлагают использовать методики НЛП, бихевиоральные и экзистенциальные техники для коррекции эмоционального состояния и невротических расстройств у комбатантов [176, 235, 389]. D.D. Blake, F. R. Abweg (1993) подтверждают эффективность техник когнитивно-бихевиоральной психотерапии для коррекции симптомов «вторжения» ПТСР [411]. П.П. Иванов (2004), В.А. Олешко (2007) рекомендуют обучение участников боевых действий методам самоконтроля и приемам саморегуляции психофизиологических резервов организма [117, 261].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

Во второй главе диссертации обоснованы концептуальные основы (теоретическая концепция, модель) личностных изменений у специалистов профессий экстремального профиля.

Во-первых, специалист профессии экстремального профиля рассматривается нами как интегральная, динамичная, саморазвивающаяся биопсихосоциальная система, включающая 4 уровня организации: индивид, субъект деятельности, личность, индивидуальность. Деятельность как системный и полиструктурный процесс включает ценностно-мотивационный, структурно-функциональный, психофизиологический и индивидуально-психологический компоненты личности, вызывая процессы взаимной адаптации и трансформации. В процессе деятельности личность формируется, развивается и изменяется (в прогрессивном или регрессивном направлении) в пределах индивидуально очерченного диапазона, при этом создаются функциональные системы, перестраиваются операционные механизмы, приобретаются специфические качества психических процессов, свойств и состояний, меняется отношение к действительности и когнитивная «картина мира».

Во-вторых, деятельность экстремального профиля (МВД и МЧС России) характеризуется комплексом ситуационно-психогенных (профессиональной среды, трудового процесса, социально-психологических) и личностных (биологических, индивидуально-психологических) факторов, которые, предъявляя повышенные требования к ресурсным и резервным возможностям организма на всех уровнях организации, являются предикторами психологических и соматических последствий.

В третьих, мы полагаем, что время – один из важнейших абиотических факторов – оказывает значимое влияние на выраженность последствий деятельности экстремального профиля в трех аспектах: 1) как динамическая составляющая ситуационно-психогенных профессиональных факторов (продолжительность, внезапность, периодичность, интенсивность воздействия), факторов социальной среды (степень стабильности отношений, социальной поддержки, длительность изоляции от семьи, повторяемость, напряженность межличностных конфликтов и др.) и профессиональной (социальной) адаптации; 2) как временная характеристика биологических процессов

организма, отражающаяся в возрастных, физиологических (в том числе адаптационных) изменениях, частоте и длительности соматической заболеваемости; 3) как временная характеристика психических процессов, проявляющаяся в сроках возникновения (ранние, отдаленные), степени выраженности (острые, подострые, хронические), устойчивости и характере динамики психологических последствий (линейно прогрессирующий, регрессирующий или интермиттирующий), а также в психологической адаптации к экстремальным условиям деятельности и реадаптации к мирной жизни.

В-четвертых, мы считаем, что последствия деятельности экстремального профиля различаются не только по вектору направленности (нормативные, патологические), типу (психологические, психопатологические, соматические), времени возникновения (ранние, отдаленные), но и по характеру – специфические (характерные) и неспецифические (однотипные для разных видов экстремальных профессий). Вектор направленности, тип и характер последствий определяется содержанием профессиональной деятельности – качественно-количественным и временным соотношением факторов риска (ситуационно-психогенных, личностных), функциональными возможностями индивидуального барьера психической адаптации, степенью напряженности адаптационных, истощением ресурсных и компенсаторных механизмов личности, а также мотивационно-смысловым отношением к деятельности и когнитивной оценкой психотравмирующей ситуации.

В-пятых, мы полагаем, что профессиональные стресс-факторы запускают интегральный динамический процесс адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, который в раннем периоде проявляется адаптационным стрессовым реагированием в виде эмоционально-поведенческого, вегетативного, когнитивного и социально-психологического субсиндромов, а в отдаленном периоде (при повторяющемся, длительном воздействии) сопровождается формированием полиморфных (по выраженности и качеству) постстрессовых личностных изменений в границах индивидуально-очерченного диапазона (основных ведущих тенденций), способных закрепляться и в дальнейшем трансформироваться под влиянием психосоциальных условий и стрессоров повседневной жизни.

В-шестых, индивидуально-личностные характеристики – биологические и психологические (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические) выступают в качестве посредников, способствующих усилению или ослаблению психотравмирующего воздействия. Мы полагаем, что возникновению негативных (дезадаптивных) последствий деятельности экстремального профиля способствуют: гипостенические свойства личности тормозимого, возбудимого или смешанного типа реагирования, органическая предрасположенность, а также негативная (индивидуально-ориентированная) профессиональная мотивация и недостаточная подготовленность к деятельности в экстремальных условиях. Их предотвращению способствуют гиперстенические свойства личности, позитивная (социально-ориентированная) мотивация и высокий уровень подготовленности к деятельности в экстремальных условиях.

В-седьмых, с позиции биопсихосоциального и нормоцентрического подходов, направленность и структура психологических последствий деятельности экстремального профиля отражает последовательные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология», проявляющихся в виде нозологических типов (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных, пограничных) и дезадаптивных (нозологических) состояний.

Теоретическая модель формирования психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля представляет собой многокомпонентную динамическую структуру: 1) факторы риска деятельности в экстремальных условиях – предикторы негативных психологических и соматических последствий (профессиональные, личностные, социальные); 2) личность специалиста профессии экстремального профиля – динамично развивающаяся многоуровневая система биологически и социально обусловленных особенностей, психических свойств, процессов, состояний, опыта, отношений, реализующихся в поведении и деятельности. Профессиональные и социальные средовые факторы влияют на характеристики биологических и психических процессов, преморбидные особенности и свойства личности, которые детерминируют длительность и устойчивость негативных психических состояний, функциональные возможности адаптационного барьера и определяют направленность, тип и характер профессиональных последствий; 3) типы психологических и соматических

последствий деятельности экстремального профиля в пределах нормативного (адаптивного) и патологического (дезадаптивного, нозологического) диапазона.

Средовые факторы запускают интегральный процесс адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности (на биологическом и психологическом уровне), который в раннем периоде проявляется адаптационным стрессовым реагированием, а в отдаленном – формированием соматических и психологических последствий в границах индивидуального диапазона. Устойчивость и обратимость изменений детерминируется динамическими характеристиками (сложность, частота, интенсивность, длительность) средовых факторов, биологических, психических процессов и состояний, преморбидными особенностями и свойствами личности при ключевой роли индивидуального адаптационного барьера.

В-восьмых, мы полагаем, что посттравматические симптомы, состояния психической дезадаптации, возникающие у специалистов под воздействием профессионально-стрессогенных и психотравмирующих факторов, требуют своевременных психокоррекционных мероприятий, учитывающих сроки возникновения, степень выраженности, устойчивость, характер динамики, а также типы психологических последствий деятельности экстремального профиля.

Выдвинутые концептуальные основы (теоретическая концепция, модель) личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля заслуживают практической проверки в виде комплекса экспериментальных исследований, результаты которых будут представлены в следующих главах диссертации.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ, НАПРАВЛЕНИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Организация, направления и объем исследования

Решение задач диссертационной работы проводилось в ходе комплексного исследования, включавшего психологическое обследование специалистов профессий экстремального профиля (общей численностью 756 человек): не воевавших сотрудников ОВД с различным стажем службы в мирных условиях, участников контртеррористической операции (в том числе бойцов мобильного отряда особого назначения – ОМОН), с различной мотивацией к экстремальной деятельности, длительностью «боевого стажа», продолжительностью периода последствия (срока, прошедшего с момента первой спецкомандировки) и периода реадaptации к мирной жизни (срока, прошедшего с момента последней спецкомандировки), а также сотрудников Федеральной противопожарной службы МЧС России (ФПС МЧС России) – пожарных оперативных подразделений, отличающихся мотивами выбора профессии и длительностью служебного стажа, принимавших участие в тушении пожаров различной степени сложности и в ликвидации последствий ЧС (наводнения).

Экспериментальная часть диссертационной работы включала 4 этапа:

На 1-м этапе (4-я глава диссертации) оценивались типы психологических последствий и особенности психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ОВД в процессе длительной профессиональной деятельности в мирных условиях, у комбатантов ОВД через 1 год после участия в КТО, в сравнении с не воевавшими сотрудниками ОВД с длительным стажем службы, а также в зависимости от влияния различных психологически значимых факторов (мотивации участия в КТО, подготовленности к действиям в боевых условиях,

суммарной длительности спецкомандировок, периода последствий и реадaptации к мирной жизни).

На 2-м этапе (5-я глава диссертации) оценивались типы психологических последствий и особенности психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ФПС МЧС России в процессе длительной профессиональной деятельности, после участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, через 1 год после участия в ликвидации последствий ЧС, в сравнении с комбатантами ОВД, а также исследовалось влияние профессиональной мотивации на выраженность психологических последствий пожарно-спасательной деятельности.

На 3-м этапе (6-я глава диссертации), путем математико-статистической обработки всей совокупности данных, с помощью метода моделирования структурными уравнениями (отдельно по выборкам МВД и МЧС) были построены структурные модели причинно-следственных связей динамических предикторов (профессиональных, возрастных, социальных) с психологическими особенностями специалистов профессий экстремального профиля, которые обуславливают возникновение и степень выраженности ПТСР, его отдельных симптомов, частоты и длительности заболеваемости. Обобщение результатов одномерных (описательной статистики, сравнительного анализа по параметрическим и непараметрическим критериям, корреляционного анализа) и многомерных методов обработки эмпирических данных (множественного регрессионного, иерархического кластерного анализа, моделирования структурными уравнениями) позволило создать структурно-динамическую модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля.

На 4-м этапе (7-я глава диссертации) была разработана и апробирована программа краткосрочной групповой психологической коррекции психического состояния, посттравматических симптомов, личностных изменений, затруднений адаптации у сотрудников МЧС России, принимавших участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также оценена ее эффективность.

В таблице 8 отражены характеристика групп, объем и направления исследования.

Таблица 8 – Характеристика групп, объем и направления исследования

Направления исследования	Характеристика групп	Количество обследованных
1-й этап		
Выявление психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ОВД в процессе длительной профессиональной деятельности в мирных условиях	1-я группа «молодые» ($n_1 = 43$) – мужчины в возрасте ($22,7 \pm 2,1$) лет, со средним образованием и стажем службы 1-3 года; 2-я группа «опытные» ($n_2 = 42$) – мужчины в возрасте ($38,5 \pm 5,6$) лет со средним образованием и стажем службы в ОВД 15 и более лет.	85
Исследование динамики психологических и соматических изменений у сотрудников ОВД в течение 1 года после возвращения из зоны вооруженного конфликта	Сотрудники ОВД ($n = 40$) в возрасте ($31,4 \pm 1,2$) лет, прошедшие 3-х этапное психологическое обследование: до командировки, через 5 суток и через 1 год после возвращения из зоны КТО (длительность командировок 128 ± 9 суток).	40
Сравнение психологических последствий профессиональной деятельности у комбатантов и не воевавших сотрудников ОВД	1-я группа ($n_1 = 185$) – сотрудники ОВД, не участвовавшие в КТО, в возрасте ($27,8 \pm 6,3$) лет; 2-я группа ($n_2 = 108$) – комбатанты ОВД в возрасте ($29,5 \pm 6,4$) лет, число командировок ($1,4 \pm 0,6$); длительность – (144 ± 78) суток.	293
Сравнение психологических особенностей комбатантов и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях	1-я группа ($n_1 = 42$) – сотрудники ОВД, не участвовавшие в КТО в возрасте ($38,5 \pm 5,6$) лет, со стажем службы 15 и более лет; 2-я группа ($n_2 = 40$) – комбатанты ОВД в возрасте ($31,4 \pm 1,2$) лет, обследованные через 1 год после участия в КТО	82
Исследование влияния мотивации участия в КТО на выраженность психологических последствий у комбатантов ОВД	1-я группа ($n_1 = 34$) – возраст ($30,5 \pm 1,3$) лет, позитивная мотивация участия в КТО, средняя длительность командировок (159 ± 15) суток; 2-я группа ($n_2 = 30$) – возраст ($29,2 \pm 1,1$) лет, негативная мотивация участия в КТО, средняя длительность командировок (146 ± 16) суток.	64
Исследование влияния подготовленности к действиям в боевых условиях на выраженность психологических последствий участия в КТО	1-я группа ($n_1 = 108$) – комбатанты ОВД, возраст ($29,5 \pm 6,4$) лет, число командировок ($1,4 \pm 0,6$), длительность командировок ($143,9 \pm 78,5$) суток; 2-я группа ($n_2 = 112$) – комбатанты ОМОН в возрасте ($28,2 \pm 4,3$) лет, число командировок ($4,3 \pm 2,5$), длительность – ($302,9 \pm 152,9$) суток.	220
Выявление и оценка психологических последствий пролонгированного воздействия боевого стресса у комбатантов ОМОН	1-я группа ($n_1 = 37$) – возраст ($25,4 \pm 3,3$) лет, длительность участия в КТО от 90 до 200 суток; 2-я группа ($n_2 = 42$) – возраст ($29,6 \pm 4,5$) лет, длительность «боевого стажа» 201-350 суток; 3-я группа ($n_3 = 33$) – возрасте ($29,6 \pm 2,8$) лет, длительность участия в КТО 351-600 суток.	112

Направления исследования	Характеристика групп	Количество обследованных
Исследование отдаленных психологических и соматических последствий длительного воздействия психотравмирующих факторов боевой обстановки	1-я группа ($n_1 = 76$) – возраст ($27,4 \pm 6,2$) лет, период последствий до 1 года включительно; 2-я группа ($n_2 = 66$) – возраст ($28,7 \pm 5,7$) лет, период последствий – от 1,5 до 3-х лет; 3-я группа ($n_3 = 84$) – возраст ($29,7 \pm 4,4$) лет, участвовавшие в КТО более 4-х лет назад.	226
Исследование типов психологических и соматических последствий, возникающих у комбатантов ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни	Сотрудники ОВД ($n = 108$) – участники КТО, в возрасте ($29,5 \pm 6,4$) лет, число командировок ($1,4 \pm 0,6$), длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта ($143,9 \pm 78,5$) суток	108
Исследование типов психологических последствий, возникающих у комбатантов ОМОН в различные сроки реадaptации к мирной жизни	Бойцы ОМОН ($n = 108$) – участники КТО, в возрасте ($28,2 \pm 4,3$) года, число командировок в зону КТО ($4,3 \pm 2,5$), средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта (303 ± 153) суток	108
2-й этап		
Выявление психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ФПС МЧС России в процессе длительной профессиональной деятельности	1-я группа «молодые» ($n_1 = 60$) – возраст ($23,2 \pm 2,9$) лет, стаж службы в МЧС ($1,9 \pm 1,1$) лет; 2-я группа «опытные» ($n_2 = 80$) – возраст ($37,1 \pm 4,5$) лет, стаж службы в МЧС ($13,9 \pm 2,9$) лет.	140
Сравнение психологических последствий профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России и комбатантов ОВД	1-я группа ($n_1=232$) – сотрудники ФПС МЧС в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров различного ранга сложности, стаж службы ($7,9 \pm 4,9$) лет. 2-я группа: ($n_2=223$) – комбатанты ОВД в возрасте ($28,8 \pm 5,5$) лет, длительность участия в КТО (224 ± 143 суток), период реадaptации (812 ± 724) суток, стаж службы в ОВД ($8,2 \pm 4,2$) лет.	455
Исследование влияния мотивации выбора профессии на выраженность психологических и соматических последствий деятельности у сотрудников МЧС России	1-я группа ($n_1 = 42$) – возраст ($30,3 \pm 5,3$) лет, стаж службы в МЧС ($8,6 \pm 4,2$) лет; социально-ориентированная мотивация выбора профессии; 2-я группа ($n_2 = 41$) – возрасте ($30,1 \pm 4,4$) лет, стаж службы в МЧС ($8,8 \pm 3,1$) лет, эго-ориентированная мотивация выбора профессии пожарно-спасательного профиля.	83
Исследование психологических, соматических последствий участия в ликвидации сложных пожаров у сотрудников ФПС МЧС России	1-я группа ($n_1=62$) – мужчины в возрасте ($30,6 \pm 6,7$) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров высокого ранга сложности; 2-я группа ($n_2=50$) – мужчины в возрасте ($31,9 \pm 6,2$), участвовавшие в ликвидации пожаров низкого ранга сложности.	112
Исследование динамики психологических и соматических изменений у сотрудников МЧС России в течение	Курсанты факультета пожарной безопасности СПб УГПС МЧС России в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, принимавшие участие в ликвидации последствий ЧС в г. Крымске (2012) и на Дальнем Во-	112

Направления исследования	Характеристика групп	Количество обследованных
ние 1 года после участия в ликвидации последствий ЧС	стоке (2013), прошедшие 4-х этапное психологическое обследование до и после командировок.	
Исследование психологических и соматических последствий, возникающих у специалистов профессий экстремального профиля деятельности под воздействием факторов ЧС антропогенного и природного характера	1-я группа ($n_1 = 112$) – курсанты СПб УГПС МЧС России в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, участники ликвидации последствий ЧС, обследованные через 1 год после повторной командировки, длительность командировок 45 суток; 2-я группа: ($n_2 = 40$) – комбатанты ОВД в возрасте ($31,4 \pm 1,2$) лет, обследованные через 1 год после участия в КТО, длительностью (128 ± 9) суток.	152
Исследование типов психологических и соматических последствий, возникающих у сотрудников ФПС МЧС России в процессе профессиональной деятельности	Сотрудники ФПС МЧС России ($n = 222$) в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, участвовавшие в ликвидации ЧС и пожаров различного ранга сложности, средний стаж службы в МЧС ($7,9 \pm 4,9$) лет.	222
3-й этап		
Построение структурных моделей личностных изменений участников вооруженных конфликтов	Комбатанты ОВД и ОМОН ($n = 223$) в возрасте ($28,8 \pm 5,5$) лет, среднее число командировок ($2,8 \pm 2,3$), средняя длительность пребывания в зоне КТО (224 ± 143) суток, длительность периода реадaptации к мирной жизни (812 ± 724) суток.	223
Построение структурных моделей личностных изменений участников вооруженных конфликтов	Сотрудники МЧС России ($n = 231$) в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, стаж службы в МЧС ($7,9 \pm 4,9$) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров различного ранга сложности.	231
Построение структурно-динамической модели личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля	Результаты одномерных и многомерных методов обработки эмпирических данных 1-я группа ($n = 223$) – комбатанты ОВД и ОМОН в возрасте ($28,8 \pm 5,5$) лет. 2-я группа ($n = 231$) – сотрудники ФПС МЧС России в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет	454
4-й этап		
Оценка эффективности краткосрочной групповой психологической коррекции психического состояния, посттравматических симптомов, личностных изменений сотрудников МЧС России, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС	Курсанты 5 курса факультета пожарной безопасности СПб УГПС МЧС России, в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, принимавшие участие в ликвидации последствий ЧС в г. Крымске Краснодарского края (наводнение, 2012 г.) и на Дальнем Востоке (наводнение р. Амур в 2013 г.).	37
Итого		756

Дизайн исследования включал сравнительный анализ независимых и зависимых выборок (межсубъектный дизайн и дизайн «до-после» участия в КТО, ликвидации последствий ЧС, краткосрочной групповой психологической коррекции).

3.2 Методы исследования

Методический аппарат был подобран в соответствии с целью, задачами, спецификой объекта и предмета исследования. Психологическое обследование проводилось с соблюдением требований профессиональной психодиагностики. Использовались групповая (анкеты, стандартизированные опросники, тесты) и индивидуальная (структурированное интервью, проективные тесты) формы обследования с помощью 15 психодиагностических методик. В таблице 9 отражены клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования. Последний представлен методическим комплексом, включающим отдельные блоки в соответствии с классификацией, предложенной Л.И. Вассерманом, О.Ю. Щелковой (2003), а также оценку стресс-факторов профессиональной деятельности, демографических и клинико-статистических показателей.

Таблица 9 – Экспериментально-психологический и клинико-психологический методы исследования

Предмет исследования	Экспериментально-психологический и клинико-психологический методы исследования
Структура личности специалиста	Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ, в адаптации Л.Н. Собчик, 2002), 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16-ФЛО, форма С)
Отдельные индивидуально-психологические особенности личности специалиста	Тест выявления типа акцентуации Х. Смишека, методика оценки уровня невротизации и психопатизации (УНП), тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга для изучения фрустрационных реакций, проективная методика исследования личности «Hand-тест» (в адаптации Т.Н. Курбатовой, 1996)
Ценностно-мотивационная направленность личности специалиста	Структурированное интервью, анкета на выявление мотивации к участию в КТО и выбора профессии пожарно-спасательного профиля, тест оценки уровня самоактуализации (САТ)
Интеллектуально-познавательная деятельность	Краткий отборочный тест (КОТ) оценки интеллектуального уровня
Актуальное психическое состояние специалиста	Тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения» Ю.И. Филимоненко, 1993), опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R, в адаптации Н.В. Тарабриной, 2001).
Факторы риска психической дезадаптации специалиста	Опросник выраженности травматического стресса (ОТС, И.О. Котенев, 1997) методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко), экспресс-методика оценки социально-психологической адаптации (СПА), прогноз вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (В.А.

Предмет исследования	Экспериментально-психологический и клиничко-психологический методы исследования
	Корзунин, П.А. Зиборова, 2009), тест «Нервно-психическая адаптация» (НПА, И.Н. Гурвич, 1992), анкета на выявление наличия социальной поддержки со стороны семьи и коллег.
Соматический статус и клиничко-статистические показатели заболеваемости специалиста	Модификация анкеты на выявление степени вегетативной дисфункции (А.Д. Соловьева, 1981), анализ частоты и длительности заболеваемости в течение календарного года (без уточнения нозологической формы патологии) по медицинским картам, листам временной нетрудоспособности, анализ исходного уровня соматического здоровья по результатам медицинского освидетельствования на военно-врачебной комиссии, наличия в анамнезе черепно-мозговых травм, степени никотиновой (количество выкуриваемых сигарет в день) и алкогольной зависимости (систематичность, объем и крепость употребляемых спиртных напитков), регулярности занятий спортом, роста, веса (индекса Кеттле).
Стресс-факторы профессиональной деятельности	Наблюдение, структурированное интервью, анкета на выявление частоты (количества спецкомандировок) и длительности участия в КТО, продолжительности периода последствий и периода ре-адаптации к мирной жизни, частоты участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности и столкновений с психотравмирующими ситуациями за весь стаж работы.
Социально-демографические показатели	Регистрировались возраст, образование, семейное положение, наличие детей, стаж службы в МВД и МЧС, особо сложные условия срочной службы в вооруженных силах РФ (воздушно-десантные войска, подводный флот и др.)

Анализ исходного уровня соматического здоровья обследуемых лиц проводился по результатам медицинского освидетельствования на военно-врачебной комиссии (ОВВК) г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Показатель «группа здоровья» включал в себя экспертную оценку годных к службе в соответствии с предполагаемым видом деятельности: I – абсолютно здоровые лица (государственная противопожарная служба, ОМОН, группа задержания вневедомственной охраны и др.); II – практически здоровые лица (водители автотранспорта, оперативно – поисковые подразделения и др.), рост не ниже 170 см, острота зрения для дали не ниже 0,6/0,6 без коррекции; III – заболевания внутренних органов с незначительным нарушением функций, рост не ниже 155 см, острота зрения для дали не ниже 0,5/0,1 без коррекции (дежурные части, кадровые, следственные, технические службы и др.); IV – заболевания внутренних органов с умеренным нарушением функций и редкими обострениями, рост не ниже 155 см, острота зрения для дали не ниже 0,5/0,1 (0,4/0,4) с коррекцией (медицинские, фи-

нансово-экономические службы, учебные заведения и др.) [290]. Частота и длительность заболеваемости в течение календарного года (без уточнения нозологического диагноза) регистрировалась путем опроса, анализа данных по личным медицинским книжкам и листам временной нетрудоспособности в отделе кадров подразделения. Индекс Кетле (массы тела) оценивался по формуле: $ВМІ = m/h^2$ (где m – масса тела в кг, h – рост в метрах) с учетом типа телосложения, возраста и пола испытуемых. Нормативный диапазон ВМІ для молодых мужчин нормостенического телосложения: 19,5-24,99; дефицит массы тела – $ВМІ < 19,5$; избыточная масса – $ВМІ > 25$.

Мотивационная направленность специалистов профессий экстремального профиля изучалась с помощью структурированного интервью. Сотрудников ОВД просили указать 5 причин их добровольного участия в КТО, сотрудников ФПС МЧС России – 5 мотивов выбора профессии пожарно-спасательного профиля. Результаты такого анкетирования явились основополагающим критерием разделения их на исследовательские подгруппы с целью оценить влияние мотивации на выраженность последствий деятельности экстремального профиля (таблица 10).

Таблица 10 – Мотивация выбора профессии пожарно-спасательного профиля и участия в контртеррористической операции

Мотивы участия в проведении контртеррористической операции	Мотивы выбора профессии пожарно-спасательного профиля
Социально-ориентированные (позитивные), основанные на высших потребностях	
<ul style="list-style-type: none"> – чувство долга (по приказу, убеждению) – групповая принадлежность (чувство товарищества) – интерес к деятельности, которая нравится (в том числе любовь к риску) – стремление укрепить свой характер 	<ul style="list-style-type: none"> – чувство долга, патриотизма – помощь людям – интерес к деятельности, которая нравится – династия, семейные традиции – потребность в уважении – когнитивные потребности – стремление укрепить свой характер – самореализация
Эго-ориентированные (негативные), основанные на низших потребностях	
<ul style="list-style-type: none"> – уход от проблем сложившейся жизни – эгоцентризм, самоутверждение 	<ul style="list-style-type: none"> – утилитаризм – потребность в безопасности – самоутверждение – уход от проблем сложившейся жизни
материальная выгода («заработать деньги», «получить льготы»)	

Мы исходили из того, что социально-ориентированная (позитивная) мотивация основывается на потребностях высшего порядка и предполагает более высокую эффективность выполнения служебных задач в экстремальных условиях, в то время, как эго-ориентированная (негативная) мотивация обуславливает высокий риск утраты здоровья или жизни в экстремальных условиях, что может привести к потерям личного состава во время совместной деятельности. Мотив «материальная выгода» обеспечивает базовые потребности индивида и является основой для различных мотиваций, поэтому он был исключен из статистической обработки.

Далее дается краткое описание использованных в работе психодиагностических методик.

Стандартизированный многофакторный метод исследования личности для сокращенного обследования

Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик (2002) представляет собой модификацию Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРП), созданного И. Маккинли, С. Хатэуэй в период Второй мировой войны [431, 459]. Данная методика широко известна и успешно применяется в целях профотбора в силовых структурах. Для решения задач исследования использовался мужской взрослый вариант для сокращенного обследования, включающий 398 вопросов по шкалам достоверности и основным базисным шкалам (обозначенным в психологических терминах) [328]. СМИЛ базируется на теории ведущих тенденций и лежащей в ее основе типологии индивидуально-личностных свойств, при которой личность рассматривается в единстве биологических, психологических и социальных факторов. Методика дает возможность получить многосторонний портрет структурных компонентов личности, таких как: мотивационная направленность, самооценка, черты характера, тип реагирования на стресс, защитные механизмы, когнитивный и межличностные стили, возможный тип дезадаптации, количественные и качественные характеристики профессионально важных качеств и др. В настоящем исследовании применялся порядок обработки результатов, интерпретации шкал и профиля в целом, которые предложены Л.Н. Собчик в руководстве по использованию методики (2002) [328].

16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла

Личностный опросник Р. Кеттелла предназначен для определения характерологических особенностей личности, объединенных в 16 функционально связанных факторов (16-ФЛО). Для решения задач исследования была выбрана форма «С» 16-ФЛО для взрослых (105 вопросов) в адаптации А.Н. Капустиной, Л.В. Мургулец и Н.Г. Чумаковой под руководством И.М. Палея (1972), поскольку в ней вопросы сформулированы менее прямолинейно, что придает методике промежуточный вид между проективной и самооценочной, проводится за более короткое время, может использоваться у людей с высшим образованием и имеет дополнительный фактор MD (самооценка). Интерпретация 16-ти первичных факторов идентична для всех форм методики Р. Кеттелла и подробно изложена в практикуме по психодиагностике А.Н. Капустиной (2001) [140].

Методика по исследованию типов акцентуаций Х. Смишека

Методика разработана Х. Смишеком в 1970 г. на основе концепции акцентуированных личностей К. Леонгарда, взрослый вариант представляет собой опросник из 88 вопросов. Сырые баллы по каждому из типов акцентуаций (гипертимный, застревающий, педантичный, эмотивный, тревожный, циклотимный, возбудимый, дистимический, демонстративный, экзальтированный) преобразовывались в стандартизированные с помощью коэффициентов, итоговый показатель выше 12 расценивался как акцентуация по данному типу. При составлении заключений по методике Х. Смишека использовались описания типов акцентуаций по К. Леонгарду. Порядок оценки и интерпретация результатов методики подробно изложены А.А. Реаном, С.Е. Лукиным в методическом руководстве по исследованию акцентуаций (1993) [302].

Методика определения уровня невротизации и психопатизации

Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) – личностный опросник, предназначенный для скрининга невротической и психопатической симптоматики, составлен в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева И.Б. Ласко, Б.И. Тонконогим в 1974 г. [60]. УНП включает 90 утверждений (отобранных из ММПИ), из которых 10 включают шкалу лжи, 80 –

дифференцируют больных невротиками от психически здоровых лиц. Шкала невротизации позволяет оценить динамические и статические свойства личности (эгоцентрическая личностная направленность, социальная робость, зависимость и др.), а также проявления невротических состояний (утомляемость, нарушения сна, ипохондрическую фиксацию на соматических ощущениях, гипотимию, повышенную раздражительность, наличие страхов, тревоги и др.). Шкала психопатизации оценивает некоторые черты, свойственные психопатическим личностям: равнодушие к людям, принципам долга и морали, нонконформизм, упрямство, вспыльчивость, подозрительность, конфликтность, стремление выделиться из окружающих, лицемерие, повышенное самолюбие, беспечность и самоуверенность. Текст опросника, порядок оценки и интерпретация результатов УНП изложены в методических рекомендациях И.Б. Ласко, Б.И. Тонконового (1980) [230].

Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга

Проективный тест рисуночной ассоциации был разработан С. Розенцвейгом в 1944 г. для исследования двух компонентов стрессоустойчивости: эмоционального (реакции на фрустрирующую ситуацию) и поведенческого (навыков конструктивного поведения в стрессовой ситуации). Для решения задач исследования использовалась «методика изучения фрустрационных реакций» в адаптации Н.В. Тарабриной (1973). Оценивались стандартные показатели: направление реакций (экстрапунитивные, интропунитивные, импунитивные), их типы – фиксация на препятствии (OD), самозащите (ED) и разрешении ситуации (NP), а также коэффициент групповой адаптации (КГА). Порядок оценки и интерпретация результатов теста рисуночной ассоциации С. Розенцвейга подробно изложены С.Е. Лукиным и А.В. Суворовым в руководстве по использованию теста (1993) [208].

Проективная методика исследования личности «Hand-тест»

Проективная методика исследования личности «Hand-тест» создана Э. Вагнером в 1962 г., система обработки результатов и коэффициенты разработаны З. Пиотровским и Б. Бриклин. В нашей стране тест адаптирован Т.Н. Курбатовой [183]. «Hand-тест» построен на допущении, что ответы испытуемого на предъявляемые ему изображения руки отражают относительно устойчивые свойства личности и по-

веденческие тенденции (актуальные потребности, мотивы, конфликты). При обработке результатов использовались стандартные оценочные категории: психическая активность (общее количество ответов), агрессия (Agg), директивность (Dir), аффектация (Aff), коммуникация (Com), зависимость (Dep), страх (F), демонстративность (Ex), калечность (Crip), описание (Des), напряжение (Tep), активные (Act) и пассивные (Pas) безличные ответы, галлюцинации (Bas), сексуальные ассоциации (карта IX), актуальные потребности и желания (карта X), а также количественно оценивалась склонность к открытому агрессивному поведению по формуле: $I = (Agg + Dir) - (Aff + Com + Dep)$. Порядок оценки и интерпретация результатов «Hand-теста» подробно описан Т.Н. Курбатовой в руководстве по его использованию (1996) [183].

Тест самоактуализации личности (САТ)

В основе теста самоактуализации личности (САТ) лежит опросник личностных ориентаций (POI) Э. Шострома, модифицированный и адаптированный в МГУ им. М.В. Ломоносова Л.Я. Гозман, Ю.Е. Алешиной, М.В. Загика и М.В. Кроз (1981-1984 гг.). Методика предназначена для обследования взрослых лиц (старше 17 лет) без признаков психопатологии. В тесте 126 пунктов, каждый из которых включает 2 суждения (ценностного или поведенческого характера), и 14 шкал – 2 базовых (ориентация во времени, поддержка или опора на себя) и 12 дополнительных, составляющих 6 блоков: ценностные ориентации, гибкость поведения (блок ценностей), сензитивность, спонтанность (блок чувств), самоуважение, самоприятие (блок самовосприятия), взгляд на природу человека, синергичность (блок концепции человека), принятие агрессии, контактность (блок межличностной чувствительности), познавательные потребности, креативность (блок отношения к познанию). Среднестатистический «диапазон» самоактуализации личности составляет 45-59 Т-баллов (психическая норма), высокий уровень самоактуализации – 60-70 Т-баллов, низкий уровень – менее 44 Т-баллов, «псевдосамоактуализация» (попытка представить себя в выгодном свете) – выше 70 Т-баллов. Подробно описание шкал, порядок оценки и интерпретация результатов САТ изложены Л.Я. Грозман с соавт. в руководстве по его использованию (1995) [81].

Краткий отборочный тест (КОТ)

В рамках целостного подхода к изучению личности следует принимать во внимание интеллектуальный уровень обследуемого лица. Для реализации этой задачи был использован КОТ [175]. КОТ является адаптацией теста Вандерлика, в основу которого заложена модель структуры общих способностей. КОТ используется для определения интегрального показателя «общего уровня интеллектуального развития и способности к обучению», включает 50 пунктов, имеет интегральный показатель, который является комплексным многопараметрическим показателем общих способностей индивида (число правильно выполненных заданий из 50) и 5 показателей по субшкалам, отражающих его интеллектуальное развитие: способность к обобщению и анализу информации, пространственное мышление, скорость, инертность, переключаемость, гибкость и устойчивость мыслительной деятельности, наличие или отсутствие эмоциональной деструкции, вербальные и числовые способности, распределение и концентрацию внимания. КОТ широко применяется для профессионального психологического отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел и учебу в образовательные учреждения МВД России [175].

Цветовой тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения»)

Для исследования актуального психического состояния испытуемых использовался краткий (8-ми цветовой) тест М. Люшера в модификации «попарные сравнения», разработанной Ю.И. Филимоненко, В.Ю. Рыбниковым и Ю.В. Горским в 1994 году. Положительные стороны данной модификации: исключено запоминание последовательности предпочтений, каждому цвету соответствует численная оценка привлекательности относительно порядка «аутогенной нормы» (от 0 до 14 баллов), психологическая интерпретация цветов адаптирована к задачам консультирования, позволяет делать оперативный и долговременный прогноз эффективности деятельности в напряженных условиях. Оценка нервно-психической устойчивости (склонность к немотивированным колебаниям психического состояния при физическом и психическом напряжении) основывается на выявлении лабильности и несбалансированности психофизиологических процессов [370, 371]. Оценивались стандартные показатели: вегетативный коэффициент (ВК), предложенный К. Шипошем (от

0,2 до 5,0 ед.) и «суммарное отклонение» (СО) психофизиологического состояния испытуемого от эталона «аутогенной нормы» Вальнеффера (от 0 до 32 ед.). Большее численное значение СО соответствует выраженному негативному состоянию, низкой стрессоустойчивости и негативному прогнозу успешности деятельности. Уменьшение СО в стрессовой обстановке свидетельствует о наличии резервов работоспособности и стрессоустойчивости. Среднестатистическая норма ВК лежит в границах от 0,6 до 1,1 ед. Для экстремальной деятельности оптимальный показатель СО находится в диапазоне 10-14 ед., ВК – 1-1,5 ед. (оптимальная степень симпатического доминирования). Значения ВК выше 1,5 ед. указывают на избыточное напряжение (состояние «предстартовой лихорадки»), меньше 1 – свидетельствуют о потребности в отдыхе. Подробно процедура тестирования, обработки, основные характеристики и интерпретация цветовых предпочтений изложены в методическом руководстве Ю.И. Филимоненко (1993) [370].

Опросник выраженности психопатологической симптоматики

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (The Symptom Checklist-90 Revised – SCL-90-R) является клинической шкалой самоотчета для выявления признаков дистресса (соматических жалоб, тревожности, гипотимических проявлений и др.), которая была разработана и валидизирована L.R. Derogatis с соавт. (1974, 1976) [435, 436 437] и адаптирована Н.В. Тарабриной (2001) [349, С. 238-244]. Опросник состоит из 90 вопросов (оцениваемых по 4-х балльной дискретной шкале), включает 9 основных шкал: соматизация (SOM), обсессивно-компульсивные симптомы (O-C), межличностная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльные тенденции (PAR), психотизм (PSY) и 3 обобщенные шкалы: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST). SCL-90-R не является методикой, выявляющей типы и расстройства личности, а предназначена для определения актуального психологического симптоматического статуса. Подробно описание шкал, процедура тестирования и обработки результатов изложены Н.В. Тарабриной (2001) в практикуме по психологии посттравматического стресса [349, С. 146-181].

Опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева

Опросник был валидизирован и стандартизирован И.О. Котеневым (1997) на выборке сотрудников ОВД ($n = 1137$), участвовавших в боевых действиях на территории Чеченской Республики (1995-1996 гг.), а также в других профессиональных ситуациях критического характера с витальной угрозой [164]. В ОТС включены отдельные пункты СМИЛ и «Опросника диссоциативности» (DIS-Q), при этом часть утверждений основывается на результатах многолетних исследований психической травматизации у сотрудников ОВД. Опросник состоит из 110 утверждений. Девять пунктов составляют 3 оценочных шкалы (L – лжи, Ag – аггравации, Di – диссимуляции). Основные субшкалы включают критерии, содержащиеся в DSM-IV: симптомы ПТСР – A (наличие травмы), B (вторжения), C (избегания), D (гиперактивации), F (дистресс и дезадаптация); симптомы ОСР – A (наличие травмы), b (диссоциации), c (вторжения), d (избегания), e (гиперактивации), f (дистресс и дезадаптация). Дополнительная шкала депрессии (depress) отражает наличие чувства вины и гипотимию. Испытуемый, с помощью 5-ти балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно»), оценивает тяжесть своего состояния [164]. Интерпретация результатов производится как на основе итоговых показателей ПТСР и ОСР, так и субшкал опросника, позволяющих судить об относительной выраженности отдельных групп симптомов. Шкалы ПТСР и ОСР сильно положительно коррелируют, поэтому если с момента травматизации прошло от 3-х и более месяцев, ограничиваются анализом только показателей ПТСР, если обследование проводится в течение 1 месяца после события – анализируется шкала ОСР. Критерии оценки общих показателей посттравматических расстройств: при значениях шкал ниже 50 T-баллов симптоматика отсутствует, в диапазоне 50-65 T-баллов имеют место отдельные незначительно выраженные симптомы, 65-70 T-баллов – вероятен «частичный» ПТСР (ОСР), выше 70 T-баллов – вероятность клинически выраженных расстройств, в случае превышения 80 T-баллов необходимо уточнение нозологически развернутого диагноза ПТСР (ОСР). Подробно порядок оценки и интерпретация результатов ОТС изложены в методическом пособии И.О. Котенева (1997) [164].

Методика диагностики уровня эмоционального «выгорания»

Методика представляет собой опросник, созданный В.В. Бойко (1996) для диагностики выраженности фаз и отдельных симптомов эмоционального «выгорания», которые автор рассматривает в соответствии со стадиями общего адаптационного синдрома Г. Селье [57]. Опросник состоит из 84 утверждений, сгруппированных в 12 шкал, соответствующих трем фазам эмоционального выгорания, включающих по 4 характерных симптома: «напряжение» (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия), «резистенция» (неадекватное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, «экономия» эмоций, редукция профессиональных обязанностей) и «истощение» (эмоциональный дефицит, отстраненность, деперсонализация, психосоматические и психовегетативные нарушения). Интерпретация основывается на качественном (доминирующие симптомы, адекватность эмоционального реагирования) и количественном анализе (число симптомов в каждой фазе) путем определения степени выраженности отдельного симптома (от 0 до 30 баллов), суммирования показателей симптомов внутри фаз, определения итогового показателя (выраженность синдрома в виде суммы 12-ти симптомов). Подробно порядок оценки и интерпретация результатов методики изложены в книге В.В. Бойко (1999) [57] и в практикуме Н.Е. Водопьяновой (2009) [69].

Методика оценки состояния социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР

Методика оценки состояния социально-психологической адаптации у лиц с признаками ПТСР была валидизирована и стандартизирована на выборке военнослужащих-комбатантов спецподразделений и летного состава армейской авиации (n = 438) В.А. Корзуниным, П.А. Зиборовой (2009) [112]. Методика состоит из 70 утверждений, в структуру которых включены модифицированные вопросы «Миссисипской шкалы» для боевых ПТСР и высказывания, основанные на группах критериальных симптомов МКБ-10 (F43.1) и DSM-IV: В (повторяющиеся переживания, воспоминания, сны о пережитом, «флэшбэк»-эффекты), С (избегание чувств и ситу-

аций, ассоциированных с травмой, затруднения воспоминания, потеря интереса к активной деятельности, отчужденность, отсутствие перспективы будущего и др.), D (нарушения сна, повышенная раздражительность, затруднения концентрации внимания, физиологическая гиперреактивность, гипертрофированная стартовая реакция на раздражитель) [357]. Количество утвердительных ответов испытуемого, совпадающих с «ключом», суммируются и переводятся в 10-балльную стеновую шкалу, которая соотносится с группами психической адаптации. Подробно стимульный материал, порядок обработки и интерпретация результатов приведены в Приложении 2.

Тест «Нервно-психическая адаптация»

Тест «Нервно-психическая адаптация» (НПА), разработанный в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Гурвич И.Н., 1992), предназначен для уровневой экспресс-оценки (в течение 10 минут) психического состояния в ходе массовых и индивидуальных обследований [88]. Тест позволяет распределить испытуемых на 5 групп психического здоровья, выделяемых в отечественной военной психиатрии (Б.С. Фролов, 1982): I группа – здоровые (нет признаков расстройств, личность гармонична); II группа – практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками (имеются отдельные личностные дисгармонии, не угрожающие психическому здоровью); III группа – практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (нервно-психическая неустойчивость, внутренние факторы риска, социальное функционирование сохранено); IV группа – болен (пограничная психическая патология, может руководить своими поступками, в экстренной госпитализации не нуждается); V группа – болен (нуждается в экстренной госпитализации в связи с опасностью для себя и окружающих) [373]. Обработка результатов проводится путем суммирования баллов (от 0 до 4) и отнесения обследуемых лиц к группам психического здоровья: I группа – сумма баллов менее 10; II группа – 11-20 баллов; III группа – 21-30 баллов; IV группа – 31-40 баллов; V группа – более 40 баллов. Текст опросника, инструкция по его применению и форма регистрационного бланка приведены в учебном пособии И.Ф. Дьяконова, Б.В. Овчинникова (2008) [97].

Исследование тонуса вегетативной нервной системы (ВНС)

Поскольку вегетативная дисфункция (дисбаланс симпатической и парасимпатической регуляции) часто сопутствует психогенным расстройствам (расстройствам адаптации, психофизиологическим реакциям на стресс, ПТСР, психосоматическим заболеваниям и др.), было признано необходимым оценить вегетативный статус с целью выявления «предболезней» (отклонений в механизмах физиологической регуляции при отсутствии клинических проявлений) и своевременной профилактики заболеваний. Известно, что состояние ВНС оценивается по трем характеристикам вегетативного статуса (вегетативный тонус, вегетативная реактивность, вегетативное обеспечение деятельности) путем регистрации объективных вегетативных показателей и опросников. Исходный вегетативный тонус – это относительно стабильные характеристики состояния вегетативных показателей в период расслабленного бодрствования [68]. В нашей работе исследование ВНС не включало аппаратные и лабораторные методы. Степень вегетативной дисфункции оценивалась с помощью авторской модификации опросника А.Д. Соловьевой (1981) [124, С. 39-53], разработанного в отделе вегетативной патологии ММИ на основании данных И.И. Русецкого (1958), Н.С. Четверикова (1968), А.М. Вейна (1971). Нами были исключены из таблицы А.Д. Соловьевой (1981) клинические методы обследования, при этом регистрировались и оценивались в баллах только данные анамнеза, субъективные и некоторые объективные проявления со стороны органов и функциональных систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем, внешние объективные вегетативные показатели со стороны кожи, глаз, терморегуляции и др. Затем полученные баллы симпатических и парасимпатических симптомов суммировались и рассчитывалось процентное преобладание симпатического/парасимпатического тонуса в функциональных системах организма.

Подробно стимульный материал, порядок обработки и интерпретация результатов приведены в Приложении 3.

3.3 Математико-статистическая обработка результатов

Математический анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics, ver. 19.0». Для оценки достоверности различий зависимых выборок применялся непараметрический парный Т-критерий Вилкоксона (Wilcoxon), для независимых выборок – критерии Манна-Уитни (U), t-критерий Стьюдента (сравнение средних показателей), χ^2 -критерий Пирсона (сравнение двух независимых эмпирических распределений). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал (номинативных или метрических), нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня). Учитывались статистически значимые различия с уровнем значимости 95 % ($p \leq 0,05$). С целью изучения взаимосвязей переменных использовались: корреляционный анализ с учетом коэффициентов линейной корреляции по Пирсону ($\alpha=0,01$), а также множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), с учетом статистической значимости коэффициентов множественной корреляции (по F-критерию Фишера) и регрессионных коэффициентов (по t-критерию Стьюдента). Классификация обследованных производилась путем иерархической кластеризации по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний. Количество выделенных кластеров определялось по критерию «значимого скачка коэффициента слияния», стабильность групп проверялась монотонными преобразованиями [249].

Для построения структурных моделей применялся метод моделирования структурными уравнениями (Structural Equations Modeling – SEM) с использованием модуля AMOS (Analysis of Moment Structures – анализ структур моментов) в статистическом пакете компьютерных программ «SPSS Statistics ver. 22.0». Выбор данного метода для решения задач исследования продиктован тем, что SEM, основанный на известных способах обработки эмпирических данных (корреляционном, множественном регрессионном, факторном, дисперсионном и ковариационном анализах), является комбинацией и развитием этих методов, превосходя их по своим возможностям. Например, недостатком корреляционного анализа является невозможность судить о влиянии остальных переменных на корреляцию одной пары, при регрессионном ана-

лизе в модель можно включить только одну зависимую переменную и невозможно учесть опосредованные связи (медиаторы и модуляторы), в факторном анализе невозможно предсказать как изменится факторная структура, если учесть корреляцию предположительно ортогональных факторов. Недостатки перечисленных методов успешно преодолеваются в рамках SEM, где для анализа используется ковариационная матрица, оцениваются не только связи переменных, средние значения, но и их дисперсии (изменчивость), а также может быть представлена структура средних значений (например, факторов). При этом принципиальное отличие SEM от предшествующих методов заключается в том, что его методология основана на конфирматорной (дедуктивной) логике, которая предполагает предварительное построение априорной (гипотетической) модели направленных и ненаправленных связей между изучаемыми явлениями (согласно гипотезам исследования), а затем ее проверкой на соответствие исходным эмпирическим данным с последующей коррекцией в AMOS [250, 252].

Достаточность объема выборки для применения SEM проверялась путем соотношения общего количества испытуемых (n) к числу оцениваемых параметров (T), которое превысило предельно малое значение, равное 5, рекомендованное П. Бентлером [474]. Структурные модели были представлены отдельно по исследуемым выборкам в виде блок-схем, в которых графически изображались направленные (причинно-следственные) и ненаправленные (ковариационные) связи между переменными: независимыми (экзогенными), зависимыми (эндогенными) и ошибками измерения (влияниями, неучтенными в модели). Процесс проверки соответствия модели исходным данным включал оценку ее основных параметров (регрессионных коэффициентов, корреляций, ковариаций) на статистическую достоверность, вычисление модельной ковариационной матрицы и ее сравнение с эмпирической ковариационной матрицей. Пошаговая модификация (коррекция) априорной модели производилась путем удаления слабых (статистически недостоверных) связей и добавлением новых связей с опорой на индексы модификации. Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML) [426]. Для

оценки величины расхождения теоретической (исходной ковариационной) и эмпирической (репродуцированной в соответствии с моделью) матриц вычислялись индексы согласия (таблица 11) [252, 474], которые продемонстрировали состоятельность полученных моделей и позволили содержательно их интерпретировать.

Таблица 11 – Критерии согласия модели с исходными данными

Критерий	Название	Интерпретация
Chi-square, df, p	Критерий хи-квадрат проверяет H_0 на предмет того, что разность между эмпирической и воспроизведенной по модели матрицами ковариаций равна 0	более 0,05 – хорошее согласие
RMSEA	Root mean square error of approximation (RMSEA) – квадратный корень средне-квадратической ошибки аппроксимации: границы его 90 % доверительного интервала, и оценка его «точности»	не более 0,05 – хорошее согласие; не более 0,08 – приемлемое; 0,08-0,1 – слабое; более 0,1 – нет согласия. Оценка точности: около 0,5 и выше – хорошее согласие; не ниже 0,1 – приемлемое согласие

В структурных моделях анализировались 3 вида эффектов влияния переменных: прямые, косвенные и ковариации. Прямые связи представлены числовыми значениями стандартизированных регрессионных весов (числа у стрелок), при этом учитываются направленность (знак), сила эффекта, наличие или отсутствие связей между переменными (означающих, что прямая связь равна нулю). Косвенные эффекты воздействия независимых переменных на зависимые опосредованы медиаторами, которые способны как ослабить, так и усилить оказываемый эффект. В нашем исследовании независимыми переменными (предикторами последствий деятельности экстремального профиля) выступили динамически действующие во времени факторы (возрастные, профессиональные, социальные), зависимыми – симптомы ПТСР и показатели соматической заболеваемости, медиаторами – отдельные личностные особенности сотрудников МВД и МЧС России. Результаты одномерных (описательной статистики, сравнительного анализа по параметрическим и непараметрическим критериям, корреляционного анализа) и многомерных методов обработки эмпирических данных (множественного регрессионного, иерархического кластерного анализа, моделирования структурными уравнениями), позволили обобщить эмпирический материал и создать итоговую структурно-динамическую модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

Для решения поставленных задач было обследовано 756 специалистов профессий экстремального профиля деятельности (сотрудники ФПС МЧС России, МВД России, в том числе личный состав ОМОН, комбатанты ОВД, курсанты СПб УГПС МЧС России). Исследование носило комплексный, междисциплинарный характер и опиралось на интегративный, биопсихосоциальный, феноменологический, нормо- и патоцентрический подходы к психологии человека, теоретические представления об адапционном потенциале, факторах риска дезадаптации, пограничных формах психической патологии, принципы экстремальной психологии, исследования посттравматического стресса и боевой психической травмы. При выборе методик учитывались данные об их валидности, надежности и достоверности. Клинико-психологический метод реализовывался посредством анализа медицинской документации, клинико-статистических показателей, применения структурированного интервью, анонимного анкетирования, включающего демографические, социально-психологические и клинико-психологические характеристики. Психодиагностический метод включал следующие блоки: методы исследования психического состояния, ценностно-мотивационной направленности, структуры личности и отдельных индивидуально-психологических особенностей, интеллектуально-познавательной деятельности, факторов риска психической дезадаптации, стресс-факторов профессиональной деятельности. Эффективность краткосрочной групповой психокоррекции оценивалась по субъективному (опрос и анонимная анкета) и объективному критериям (методики экспресс-оценки психического состояния). Математический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета «SPSS Statistics, ver. 19.0, 22.0». Применялись одномерные (описательной статистики, сравнительного и корреляционного анализа) и многомерные методы обработки эмпирических данных (множественный регрессионный, иерархический кластерный анализ, моделирование структурными уравнениями).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СОТРУДНИКОВ ОВД ПОД ВЛИЯНИЕМ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1 Специфика психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ОВД в процессе длительной профессиональной деятельности в мирных условиях

Гипотеза исследования: выполнение сотрудниками ОВД профессиональной деятельности в условиях длительной психофизической нагрузки влияет на психологическое и соматическое здоровье, проявляясь в виде негативных (дезадаптивных) и адаптивно-позитивных изменений.

Объект исследования – сотрудники ОВД, ранее не участвовавших в КТО:

1-я группа «молодые» (численностью $n_1 = 43$) – мужчины в возрасте ($22,7 \pm 2,1$) лет, имеющие среднее образование и стаж службы в ОВД 1-3 года.

2-я группа «опытные» ($n_2 = 42$) – мужчины в возрасте ($38,5 \pm 5,6$) лет, имеющие среднее образование и стаж службы в ОВД от 15-ти и более лет.

Для изучения психологических особенностей использовались: СМИЛ Л.Н.Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]. Регистрировались демографические показатели, особенности соматического здоровья изучались по результатам медицинского освидетельствования на ОВВК (группа предназначения годности к службе в ОВД), с помощью анализа частоты и длительности заболеваемости по листам нетрудоспособности (без уточнения нозологического диагноза).

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics, ver. 19.0». Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни (U), t-критерий Стьюдента (для незави-

симых выборок), χ^2 -критерий Пирсона (для сравнения двух независимых эмпирических распределений). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал (номинативных или метрических), нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня). Учитывались статистически значимые различия с уровнем не ниже 95 % ($p \leq 0,05$). Для изучения взаимосвязей переменных использовался множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 12 представлены значимо различающиеся номинативные переменные по двум независимым выборкам.

Таблица 12 – Результаты значимых различий демографических и клинико-статистических показателей двух групп (по χ^2 -критерию Пирсона)

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков в группах обследуемых (%)		p
		«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 15 и более лет	
Семейное положение	1 – холост	28 (77,8)	2 (5,4)	0,001
	2 – женат	8 (22,2)	31 (83,8)	
	3 – разведен	0	4 (10,8)	
Группа предназначения	1 – абсолютно здоров	19 (51,4)	8 (21,0)	0,07*
	2 – практически здоров	4 (10,8)	4 (10,5)	
	3 – незначительные нарушения функций внутренних органов	2 (5,4)	17 (44,8)	
	4 – умеренные нарушения функций с редкими обострениями	12 (32,4)	9 (23,7)	

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$)

В соответствии с возрастом, в 1-й группе женаты 22 % сотрудников ОВД, а во 2-й – 84 %, при этом 11 % лиц с длительным стажем службы находятся в состоянии развода, тогда как в 1-й группе разведенных нет. По данным ОВВК здоровыми признаны 51,4 % «молодых» сотрудников и 21 % – «опытных», что отражает тенденцию к ухудшению соматического здоровья в течение длительного срока службы.

В таблице 13 представлены результаты сравнительного анализа личностных особенностей и психического состояния сотрудников ОВД с различной длительностью профессиональной деятельности.

Таблица 13 – Результаты сравнения психологических особенностей сотрудников ОВД с различной длительностью профессионального стажа

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 15 и более лет	
Возраст, лет	22,7 ± 2,1	38,5 ± 5,6	0,001
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	51,1 ± 9,3	46,8 ± 6,6	0,02
1-я (невротический сверхконтроль)	46,7 ± 6,1	52,4 ± 9,2	0,001
2-я (пессимистичность)	43,2 ± 7,6	51,8 ± 10,6	0,001
5-я (мужественность – женственность)	40,3 ± 11,6	47,3 ± 11,2	0,007
6-я (ригидность)	41,5 ± 8,1	48,1 ± 10,4	0,002
7-я (тревожность)	46,7 ± 7,8	50,6 ± 7,8	0,02
9-я (оптимистичность)	60,8 ± 9,5	54,7 ± 10,2	0,006
0-я (социальная интроверсия)	39,1 ± 8,7	48,7 ± 10,5	0,001
Тест М. Люшера, цвет, ед.			
Красный (3)	6,3 ± 3,8	8,1 ± 0,2	0,03
Черный (7)	4 ± 4,5	2,3 ± 3,2	0,05
Вегетативный коэффициент (ВК)	0,9 ± 0,4	1,1 ± 0,7	0,07*

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$)

Профили СМИЛ сотрудников ОВД обеих групп (рисунок 5) находятся в нормативном диапазоне (40-65 Т-баллов), с ведущими 4-й, 9-й шкалами и умеренным подъемом по шкале коррекции, свидетельствуют о стеническом типе реагирования (код профиля по Уэлшу: 1-я группа – 9-4/3718265:0#KL/F; 2-я группа – 94127/30865: K/FL) и наличии общих черт: оптимистичности, позитивной самооценки, импульсивности, независимости, приверженности мужским стереотипам поведения.

Как «молодые», так и «опытные» сотрудники ОВД предрасположены отрицать (или бессознательно вытеснять) психологические проблемы и затруднения в контроле своего поведения (шкала К), однако лица со стажем службы 1-3 года более склонны представлять себя окружающим в выгодном свете, подчеркивая соблюдение общепринятых норм (шкала L), чем сотрудники с длительным профессиональным стажем. Значения шкалы L на уровне 65-70 Т-баллов имеют 14 % сотрудников

1-й группы, в то время как во 2-й группе таковых не обнаружено. Видимо среди молодых сотрудников встречаются лица с недостаточным пониманием своего характера и невысокими адаптивными способностями. Значения шкалы L на уровне 55-60 Т-баллов, выявленные у 22 % «опытных» сотрудников, закономерно отмечаются в зрелом возрасте и отражают личностные изменения в сторону увеличения нормативности поведения. При этом 32 % «опытных» и 23 % молодых сотрудников не стремятся приукрасить свой характер (шкала L на уровне 35-40 Т-баллов).

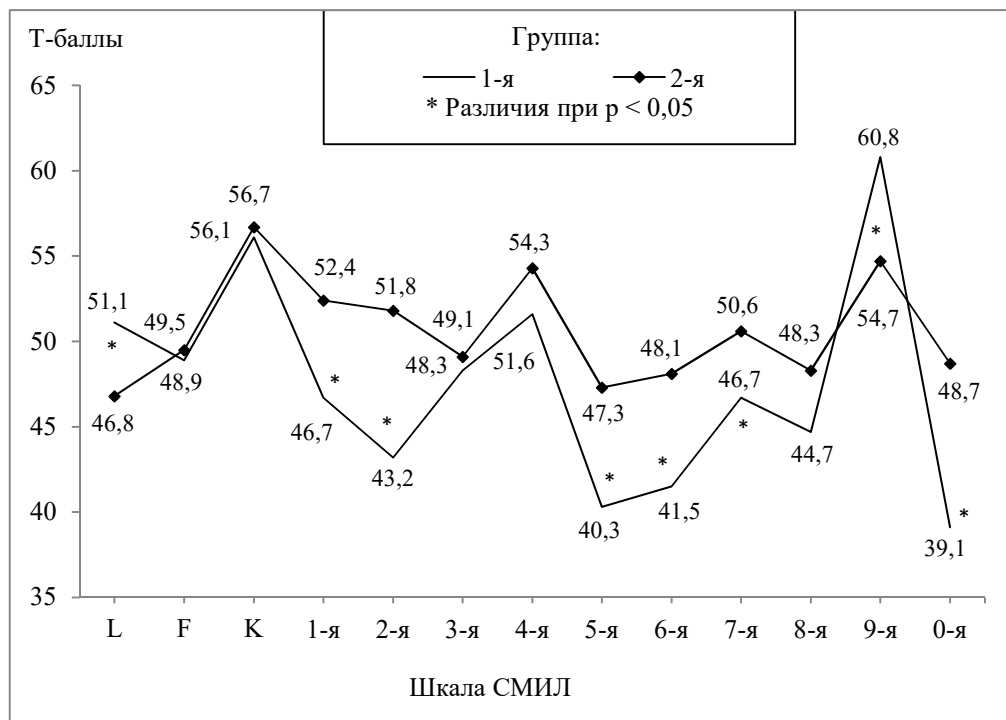


Рисунок 5 – Профили СМЛ сотрудников ОВД с различной длительностью профессионального стажа

Для 22 % лиц с выслугой 15 и более лет, в отличие от молодых сотрудников, характерен догматичный стиль мышления, с опорой на собственный опыт, правила и инструкции, что влечет за собой инертность в принятии решений, сочетающуюся с избеганием личной ответственности (1-я шкала на уровне 65-69 Т-баллов). Данные качества уместны в профессиональной деятельности, требующей добросовестного подчинения, умения следовать приказам, уставу и директивам. Однако у 5 % сотрудников 2-й группы обнаружена установка на гипернормативность поведения (1-я шкала на уровне 70-75 Т-баллов), сдержанность в эмоциях и реализации своих

желаний, вследствие этого возможна избыточная напряженность, раздражительность, повышающая риск развития психосоматического варианта дезадаптации (в виде заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем). В профиле СМИЛ «опытных» сотрудников наблюдается доминирование 1-й шкалы над 3-й, вероятно отражающее присущий данным лицам эгоцентризм, скрываемый за провозглашением гиперсоциальных установок, а также их и стремление уклоняться от решения проблем.

У обследованных 2-й группы значимо выше средние значения по шкале пессимистичности, поскольку в зрелом возрасте более мудрое отношение к жизненным ситуациям возникает в противовес беззаботности и оптимизму юности. 17 % «опытных» сотрудников (2-я шкала на уровне 60-65 Т-баллов) свойственна пассивная личностная позиция, позволяющая избегать неудач, скептическая и пессимистичная оценка жизненных явлений, будущего, эмоциональная отстраненность в межличностных контактах, повышенная потребность в спокойном («кабинетном») стиле работы. В стрессовой ситуации проявляется торможение активности, подчинение лидирующей и авторитетной личности (видимо, долговременная служба выработала установку действовать только на основании приказов), что важно в условиях экстремальной деятельности. Однако стенический тип реагирования выявлен в обоих групповых профилях, поэтому в ситуации стресса можно ожидать у некоторых лиц реакции раздражения и энергичного самоутверждения. У 7 % сотрудников с многолетним стажем значения 2-й шкалы находятся на уровне 70-80 Т-баллов, что говорит об их склонности к гипостеническому типу реагирования и острому переживанию неудач в стрессовых обстоятельствах. У 19,5 % обследованных 2-й группы одновременное повышение 2-й и 9-й шкал (до 65-70 Т-баллов) отражает циклоидный тип акцентуации. Для них характерны чередующиеся периоды апатии и пассивности с периодами возбуждения и активности. Одновременный подъем 1-й и 2-й шкал в групповом профиле (см. рисунок 5) отражает сочетание эмоциональной сдержанности с пессимистичностью, самокритичностью, осознанным самоконтролем и может приводить к соматизации вытесненных эмоций (например, в виде развития гастроэнтерологических заболеваний).

Следует отметить, что психологам подразделения ОВД необходимо обращать особое внимание на сотрудников с длительным стажем служебной деятельности, имеющих профиль СМИЛ с ведущими 2-й и 4-й шкалами, в сочетании с повышенной 0-й или сниженной 9-й (пессимизм, импульсивность, низкий уровень жизнелюбия и активности), так как в этом случае возрастает вероятность суицидального риска.

В профилях обеих групп значения по 5-й шкале находятся в нормативном диапазоне (до 50 Т-баллов), что свидетельствует о мужественности, жесткости характера и типично мужском стиле ролевого поведения, однако среди «опытных» сотрудников на 25 % больше лиц, имеющих значения 5-й шкалы на уровне 55-70 Т-баллов: в 1-й группе таковых 19 %, а во 2-й – 44 %. Повышенная 5-я шкала в профиле молодых мужчин говорит о психическом инфантилизме, в этом случае выбор мужской профессии экстремального профиля носит гиперкомпенсаторный характер. В зрелом возрасте подъем 5-й шкалы (несмотря на повышенные шкалы стенического регистра) отражает пассивность личности, склонность сдерживать эмоции и сглаживать конфликты.

Повышенную шкалу ригидности (60-65 Т-баллов) имеют 15 % обследованных 2-й группы и 5 % лиц со стажем службы 1-3 года. Среди «опытных» сотрудников на 10 % больше лиц, отличающихся практичностью, здравомыслием, рациональностью, прямолинейностью, жесткостью установок, настойчивостью, стремлением к лидерству, но вследствие инертности нервных процессов, испытывающих затруднения при необходимости быстрого реагирования в экстремальных условиях. При этом внутреннее напряжение может разрешиться агрессивной обвинительной реакцией, имеющей целью снять с личности ответственность за сложившуюся ситуацию и переложить ее на окружающих (защитный механизм проекции). Им свойственен также механизм рационализации психологического конфликта, проявляющийся в обесценивании фрустрированной потребности. При высоком интеллекте и профессионализме опытные сотрудники могут показать себя эффективными руководителями, но в ситуациях, задевающих их авторитарные черты, проявляют вспыльчивость и агрессивность. У 2,4 % обследованных 2-й группы выяв-

лены высокие значения 6-й шкалы (70-75 Т-баллов), которые в сочетании с подъемом по 1-й и 2-й шкалам предполагают наличие подавленной враждебности, обиды и риск развития невротических или психосоматических расстройств. Между тем у 75 % «молодых» и 34 % «опытных» сотрудников выявлены низкие значения 6-й шкалы (25-40 Т-баллов), свидетельствующие о настороженности, подчеркнутым миролюбии, возможном желании скрыть свои агрессивные намерения.

У 12 % сотрудников 1-й группы и 25 % лиц с длительным профессиональным стажем высокая 7-я шкала (60-70 Т-баллов) отражает повышенную личностную тревожность, сенситивность, заниженную или неустойчивую самооценку. В группе сотрудников с выслугой 15 и более лет на 13 % больше лиц ответственных, конформных, самокритичных, которым свойственно состояние напряжения, неудовлетворенности собой и низкая стрессоустойчивость. Они способны к монотонному труду, предпочитают исполнительский стиль работы с минимальным кругом общения. В экстремальной ситуации пассивно подчиняются лидеру и следуют за большинством. Сочетанный подъем 7-й и 4-й шкал, наблюдающийся в профилях обеих групп (см. рисунок 5), характеризует смешанный тип реагирования и конфликт противоречивых личностных черт: мотивации достижения и избегания неуспеха, энергичности и склонности к тормозимым реакциям в стрессовой ситуации, стремление к лидерству и неуверенность в себе, стеничный и астеничный спектр эмоций, и др. С одной стороны, это способствует взаимному уравновешиванию одних свойств другими, с другой — внутренний конфликт усугубляет психическую напряженность и может привести к неврастеническому или психосоматическому варианту дезадаптации, затронув наиболее слабую в физиологическом отношении систему организма. При этом для 35 % «молодых» и 19 % «опытных» сотрудников характерна жесткая манера поведения, неконформность, эгоцентричность, циничный взгляд на жизнь (значения 7-й шкалы у них на уровне 30-40 Т-баллов).

Несмотря на то, что ведущим пиком в профилях СМИЛ обеих групп является шкала оптимистичности, во 2-й группе ее значения значимо ниже. Сочетанный подъем 9-й и 4-й шкал представляет собой вариант юношеской нормы. Сотрудни-

ков со стажем 1-3 года отличает высокий уровень оптимизма, беспечность, завышенная самооценка, стремление к успеху и самореализации, общительность, двигательная гиперактивность и импульсивность. В ситуации стресса они способны подчиняться лидирующей личности, однако в экстремальной обстановке возможны хаотичные и нерациональные действия. У 7 % сотрудников 2-й группы и 23 % обследованных 1-й группы выявлен гипертимный тип акцентуации (9-я шкала 70-85 Т-баллов), проявляющийся эмоциональной неуравновешенностью, полярными всплесками эмоций, бесцеремонностью, отрицанием проблем и своих недостатков. В этом случае характеристики, воспринимаемые как естественные в молодом возрасте, у взрослого человека расцениваются как эмоциональная незрелость и инфантилизм. Совместный подъем 2-й и 9-й шкал в профиле «опытных» сотрудников (см. рисунок 5), предполагает склонность к периодическим, необоснованным перепадам настроения.

Низкие значения 9-й шкалы (35-45 Т-баллов) имеют 22 % сотрудников с длительным стажем службы, в отличие от представителей 1-й группы, где таковых не обнаружено. Сочетанный подъем 1-й, 2-й и 4-й шкал при сниженной 9-й указывает на смешанный тип реагирования, астению, ипохондрию, гипотимическую окраску настроения, сниженную активность и настораживает вероятностью импульсивного поведения вследствие подавленной враждебности. Значимое повышение шкалы социальной интроверсии усугубляет гипостенические свойства и ослабляет стенические черты у сотрудников со стажем более 15 лет.

Высокие значения 0-й шкалы (65-70 Т-баллов) выявляют дисгармоничность личности или интровертированный тип акцентуации у 15 % обследованных 2-й и 5 % – 1-й группы. Им свойственны замкнутость, безынициативность, инертность в деятельности, уклонение от социальной активности, уход от конфликтов и проблем в одиночество, в стрессовой ситуации – заторможенность, отчужденность и раздражительность. Психологическая коррекция поведения таких сотрудников затруднена вследствие их скрытности, низкой откровенности и неподатливости внешнему влиянию.

Регрессионный анализ позволил установить, что с возрастом у незначительной части сотрудников ОВД усиливаются проявления ригидности. Значимое уравнение регрессии описывает 12 % дисперсии ($R^2 = 0,12$; $F = 5,3$; $p = 0,026$) зависимой переменной и имеет вид: 6-я шкала СМИЛ = $23,3 + 0,7(\text{возраст})$.

Отсутствие взаимосвязей возраста сотрудников ОВД с другими шкалами СМИЛ позволило предположить, что описанные выше личностные изменения обусловлены, в основном, влиянием стресс-факторов длительной профессиональной деятельности, а не возрастными особенностями.

Значимые отличия обнаружены в последовательности цветового ряда теста М. Люшера (числовой эквивалент): 1-я группа – 2, 5, 4, 1, 3, 0, 7, 6; 2-я группа – 2, 5, 4, 3, 1, 0, 6, 7. На рисунке 6 представлены цветовые предпочтения сотрудников ОВД с различной длительностью профессионального стажа относительно порядка аутогенной нормы, свидетельствующей о нервно-психическом благополучии.

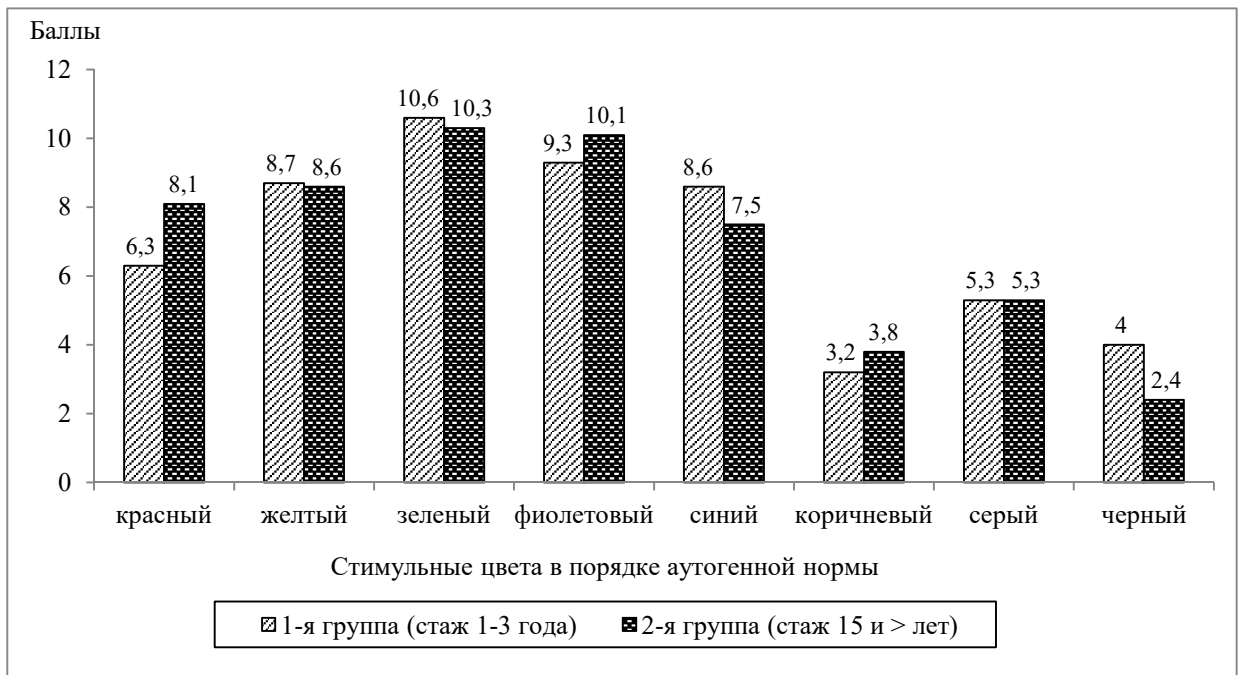


Рисунок 6 – Цветовые предпочтения сотрудников ОВД с различной длительностью профессионального стажа (тест М. Люшера)

В обеих группах в начале ряда стоят зеленый и фиолетовый цвета, интерпретирующийся как волевой самоконтроль, сосредоточенность на деятельности, эмоциональность. Однако более близкими к аутогенной норме являются цветовые

выборы 2-й группы, поскольку красный цвет у них ближе к началу ряда, а черный – к концу. Только 7 % молодых и 20 % «опытных» сотрудников отдают предпочтение красному цвету, основной идеей которого является решительность, агрессивность, активная, энергичная, но недостаточно рациональная деятельность, направленная на преодоление препятствий и поиск сильных впечатлений.

49 % обследуемых со стажем 1-3 года и 63 % лиц с выслугой 15 и более лет отвергают черный цвет, психологической интерпретацией которого является стремление к личной свободе, опора на собственное мировоззрение и жизненный опыт, независимость от групповых норм и коллективных ожиданий. 14 % сотрудников 1-й и 3 % обследованных 2-й группы, симпатизируют черному цвету, игнорируя красный, что указывает на их переутомление и пессимистично-безвыходное восприятие окружающего, проявляющееся в обидчивости, немотивированной агрессивности, обвинительной самозащите, потребности избегать неудач и низкой эффективности деятельности.

В обеих группах средний балл ВК близок к единице (см. таблицу 13), однако во 2-й группе выявлена тенденция к его увеличению. Высокие значения ВК (1,51-5,0 ед.), характерные для 11,7 % молодых и 32,5 % «опытных» сотрудников ОВД, свидетельствуют об избыточном возбуждении, недостаточном самоконтроле и импульсивности. Низкие значения ВК (0,2-0,47 ед.), установленные у 35 % обследованных 1-й группы и 32,5 % – 2-й группы, отражают хронически накопившееся утомление и потребность в отдыхе.

Таким образом, длительное (в течение 15 и более лет) выполнение служебных обязанностей в обычных (мирных) условиях негативно влияет на психологическое и соматическое здоровье сотрудников ОВД, приводя к характерным изменениям: снижению оптимизма, активности (у 22 % обследованных), увеличению утомления (у 14 %), тревожности (25 % лиц), пассивности (17 %), ригидности, социальной интроверсии (15 %), пессимистичности (у 7 %), невротического контроля, риска психосоматического варианта дезадаптации (5 %).

Наряду с этим, имеют место позитивно-адаптивные личностные изменения, уместные и необходимые для выполнения данной профессиональной деятельно-

сти: увеличение мужественности, жесткости характера (у 22 % сотрудников), решительности, упорства, практичности (у 15 % лиц), конформности, мудрого отношения к жизненным проблемам (17 % обследованных), устойчивости к монотонной деятельности, нормативности поведения, исполнительности, умения подчиняться приказам, установленному порядку, авторитетной личности (22 %).

В целях профилактики дезадаптации и повышения устойчивости к влиянию профессиональных стресс-факторов в мирных условиях службы сотрудникам ОВД показаны: здоровый образ жизни, активный отдых, психологическое консультирование и психокоррекция (невротических и гипотимических проявлений, ригидных, сенситивных, импульсивных черт и др.), своевременное лечение функциональных нарушений и соматических расстройств.

При проведении профессионального психологического отбора следует учитывать, что прогнозом более благоприятных личностных изменений в процессе длительной служебной деятельности в ОВД является профиль с низкими (≤ 50 Т-баллов) значениями 1-й, 2-й, 5-й, 6-й, 7-й и 0-й шкал СМИЛ.

4.2 Последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции на территории Чеченской Республики

4.2.1 Динамика психологических и соматических изменений у сотрудников ОВД в течение 1 года после возвращения из зоны вооруженного конфликта

Гипотеза исследования: пребывание в зоне вооруженного конфликта является фактором, влияющим на физическое здоровье и психическое благополучие сотрудников ОВД, вследствие которого приобретаются новые и изменяются пре-морбидно существующие личностные особенности. Произошедшие изменения, преимущественно, связаны с влиянием боевых стресс-факторов и могут носить не только негативный, адаптивный, но и позитивный характер.

Объект исследования составили сотрудники ОВД ($n = 40$) в возрасте ($31,4 \pm 1,2$) лет, прошедшие трехэтапное психологическое обследование до и после командировки на территорию Чеченской Республики (средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта -128 ± 9 суток):

1-й этап – личный состав сводного отряда обследовался перед откомандированием, изучались характерологические особенности, психическое состояние (для оценки индивидуальной психофизиологической «нормы» и прогноза успешности деятельности в экстремальной обстановке), анализировалась индивидуальная заболеваемость за год, предшествующий командировке;

2-й этап – через 5 суток после возвращения из зоны боевых действий проводилась контрольная оценка психического состояния сотрудников ОВД с целью планирования объема проведения реабилитационных мероприятий;

3-й этап – спустя 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта вновь контролировалось психическое состояние комбатантов, изучались изменения личностных особенностей, анализировалась индивидуальная заболеваемость за истекший год.

Личный состав сводного отряда находился на территории Чеченской Республики в однотипных условиях, а после командировки вернулся к исполнению привычных обязанностей в соответствии с занимаемой должностью. Для изучения характерологических особенностей комбатантов использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]. Проводился анализ показателей заболеваемости (без уточнения нозологического диагноза): количество дней нетрудоспособности сотрудника ОВД в течение 1 года после возвращения из зоны вооруженного конфликта, количество случаев заболевания за 1 год, средняя длительность 1 случая заболевания. Сбор информации осуществляли путем опроса обследуемых лиц и анализа статистических данных по листкам нетрудоспособности в отделе кадров подразделения.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics, ver. 19.0». Для оценки достоверности различий зависимых выборок применялся непараметрический парный Т-критерий Вилкоксона (Wilcoxon) с уровнем значимости ($p < 0,05$). В корреляционном анализе учитывались коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha = 0,01$. Классификация обследованных на три, не связанные между собой, группы производилась путем иерархической кластеризации по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний [249].

В таблице 14 представлены результаты сравнительного анализа психического состояния сотрудников ОВД до командировки и через 5 дней после возвращения из зоны вооруженного конфликта.

Перед откомандированием последовательность цветового ряда (2, 5, 4, 3, 1, 6, 0, 7) не совпадала с аутогенной нормой, однако, исходя из анализа психологического смысла цветовых предпочтений, отражала благоприятный прогноз успешности групповой деятельности в экстремальных условиях (зеленый цвет в начале ряда, черный и серый в конце). Аутогенная норма цветовых выборов (установленная у 20 % сотрудников) уместна только для мирных условий, поскольку означает оптимистичный и безмятежный взгляд на жизнь, установку на успех и активное преодоление препятствий, стремление энергично действовать,

изменяя под себя окружающий мир. Но в условиях боевой обстановки такое состояние не является оптимальным. В данном случае предпочтительным является выбор зеленого цвета, так как он символизирует волевой самоконтроль, уравновешенность, сосредоточенность на деятельности, деловое, без лишних эмоций, напряжение.

Таблица 14 – Динамика психического состояния сотрудников ОВД через 5 дней после возвращения из зоны боевых действий

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до командировки	после командировки (через 5 дней)	
Тест М. Люшера, цвет, ед.			
Красный (3)	8,1 ± 3,2	5,3 ± 2,8	0,001
Желтый (4)	9,8 ± 3,9	4,1 ± 4,7	0,0001
Синий (1)	8,1 ± 4,0	10,4 ± 3,3	0,006
Серый (0)	3,5 ± 3,1	6,5 ± 3,8	0,001
Черный (7)	1,6 ± 2,8	4,9 ± 5,3	0,001
Психическое утомление (ПУ)	1,1 ± 2,6	2,4 ± 2,0	0,03
Тревожность (ТР)	-0,8 ± 3,4	3,2 ± 3,0	0,0001
Суммарное отклонение (СО)	12,5 ± 3,8	19,9 ± 6,2	0,0001
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,1 ± 0,6	0,6 ± 0,3	0,0001

Фиолетовый цвет на 2 месте может означать способность к нестандартному решению задач. Черный и серый цвета в конце ряда отражают стремление к личной независимости, готовность эмоционально включаться в разнообразную деятельность, приобретая и аккумулируя жизненный опыт. Коричневый и синий цвета, близкие к концу ряда, символизируют добровольное самоограничение в отдыхе и развлечениях. Такая установка носит защитный характер и дает возможность не замечать отсутствия удовольствий и бытового дискомфорта в боевых условиях. Перед командировкой у 12,5 % сотрудников выявились высокие значения ВК (2,0-3,0), свидетельствующие о доминировании симпатического отдела вегетативной нервной системы и состоянии «предстартовой лихорадки» (гипервозбудимость, нетерпеливость, избыточное сковывающее напряжение), которое является неблагоприятным прогнозом успешности деятельности в экстремальных условиях.

На рисунке 7 изображены цветовые предпочтения сотрудников ОВД (относительно порядка аутогенной нормы) до и через 5 дней после возвращения из зоны вооруженного конфликта

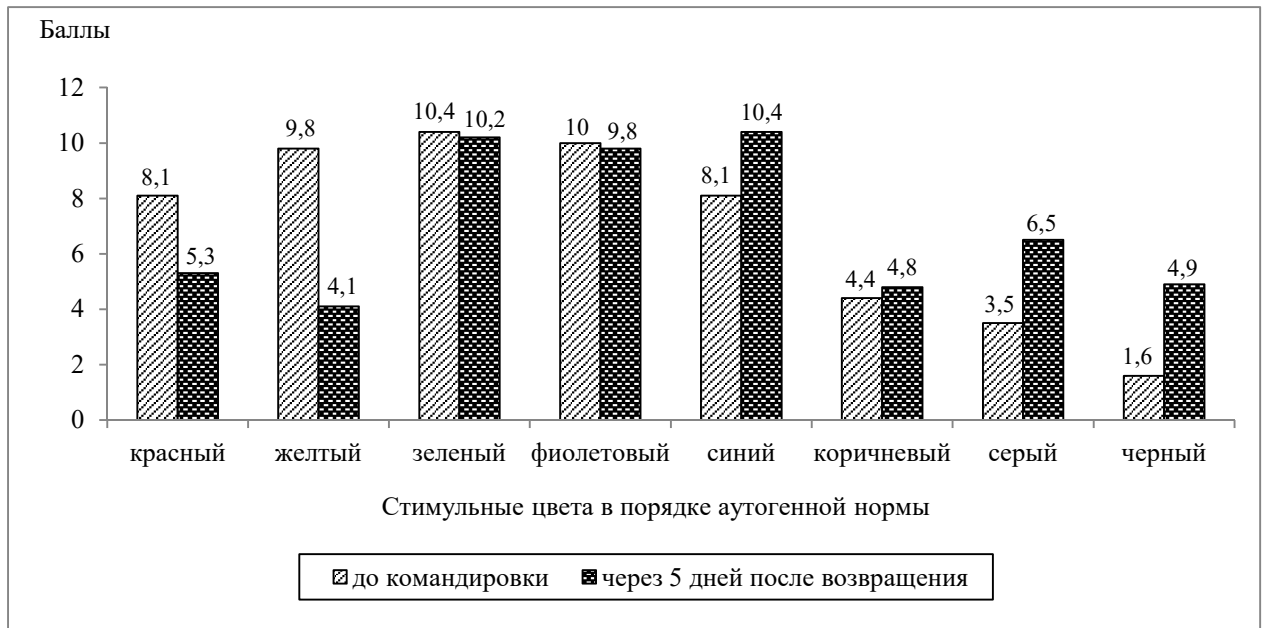


Рисунок 7 – Цветовые предпочтения сотрудников ОВД до и через 5 дней после возвращения из зоны боевых действий

Последовательность цветовых выборов через 5 дней после возвращения значительно отличалась от цветового ряда до командировки: 1, 2, 5, 0, 3, 7, 6, 4. После прибытия возросло число сотрудников, симпатизирующих синему цвету, который означает выраженную потребность в отдыхе, минимизации энергозатрат, ослаблении сдерживаемого внутреннего напряжения. Это состояние приводит к заторможенности, избеганию решительных действий, вспышками раздражения и обидчивости. В боевой обстановке, даже если такой сотрудник ориентируется правильно, он не сможет долго «вытерпеть» стресс, т.к. сила напряжения не соответствует энергетическим возможностям организма, он потерпит поражение из-за недостаточной мобилизованности и запаздывания с принятием решений. Если рядом с ним окажется командир – лидер, сильная личность, то состояние «я не справлюсь», перейдет в состояние «мы справимся». Однако особенности боевых действий при ликвидации вооруженных формирований таковы, что иногда возникает необходимость самостоятельно принимать решения и действовать в одиночку.

Желтый цвет до командировки отвергали 5 % обследованных, а после возвращения он не нравился уже 58 % сотрудников. Основной идеей неприятия желтого является пессимизм, разочарованность, субъективная неудовлетворенность жизненной ситуацией, настороженность и дистанцирование от людей. Поведение подчиняется правилам и долгу, тягостным обязанностям, поэтому требует волевых усилий и находится под постоянным самоконтролем, который, в свою очередь, усиливает внутренний дискомфорт. Значимое приближение серого цвета к началу ряда (до командировки 5 % сотрудников предпочитали серый цвет, а после – 18,5 %) свидетельствует об эмоциональном истощении, внутренней отрешенности, безразличии, желании отстраниться от происходящего, избегая конфликтных и стрессовых ситуаций. После воздействия боевого стресса на 24 % возросло число лиц с выраженной нервно-психической напряженностью (черный цвет вначале ряда, красный – в конце), не способных эффективно действовать в стрессовой ситуации, склонных к агрессивной самозащите, обидчивости, вспышкам раздражения в связи с хронической усталостью. На негативное психическое состояние комбатантов указывает также увеличение на 13 % показателей психического утомления и на 32 % – уровня тревожности, по сравнению со значениями до командировки. У 61 % сотрудников выявлены высокие показатели нервно-психической напряженности (у 48 % обследованных $CO = 20-25$ ед., у 13 % – $CO = 26-32$ ед.), проявляющиеся повышенной возбудимостью, дистимией, «застреванием» на негативных эмоциях, нецеленаправленностью и ненадежностью действий в экстремальной ситуации. При этом у 68 % лиц низкие значения ВК (0,2-0,5 ед.) указывают на психофизиологическое истощение вследствие длительного переутомления, потребность в экономии сил, склонность к формированию депрессивных переживаний. Через 1 год после возвращения из командировки порядок цветовых выборов комбатантов ОВД приблизился к последовательности аутогенной нормы (5, 2, 3, 4, 1, 6, 0, 7), что свидетельствует о благоприятной динамике эмоционального состояния (таблица 15).

Корреляционный анализ показал, что после участия в КТО высокий уровень психической напряженности (ПН, $r = -0,48$), утомления (ПУ, $r = -0,45$), ощущение «беспросветности» настоящего и будущего (черный цвет в начале ряда, $r = -0,48$),

были характерны для лиц с небольшим весом ($r = -0,45$). Следовательно, при формировании сводных отрядов желательно учитывать индекс массы тела (индекс Кетле) и направлять в район боевых действий сотрудников без дефицита росто-весового показателя.

Таблица 15 – Динамика психического состояния сотрудников ОВД через 5 дней после возвращения из зоны боевых действий

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	после командировки (через 5 дней)	после командировки (через 1 год)	
Тест М. Люшера, цвет, ед.			
Красный (3)	5,3 ± 2,8	9,1 ± 3,2	0,0001
Желтый (4)	4,1 ± 4,7	9,1 ± 3,7	0,0001
Синий (1)	10,4 ± 3,3	6,9 ± 3,5	0,0001
Серый (0)	6,5 ± 3,8	4,2 ± 3,5	0,005
Черный (7)	4,9 ± 5,3	1,0 ± 1,5	0,0001
Психическое утомление (ПУ)	2,4 ± 2,0	0,6 ± 2,5	0,001
Тревожность (ТР)	3,2 ± 3,0	-1,1 ± 3,0	0,0001
Суммарное отклонение (СО)	19,9 ± 6,2	11,7 ± 4,5	0,0001
Вегетативный коэффициент (ВК)	0,6 ± 0,3	1,2 ± 0,6	0,0001

Значимые изменения показателей заболеваемости через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Динамика соматических изменений у сотрудников ОВД через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до командировки	через 1 год после командировки	
Частота заболеваемости, количество случаев/год	1,0 ± 1,0	1,7 ± 1,1	0,001
Длительность заболеваемости, сут./год	6,6 ± 8,7	20,3 ± 22,0	0,0001
Средняя длительность 1 случая заболевания, сут.	3,9 ± 3,9	13,3 ± 16,2	0,0001

В течение года количество случаев заболевания увеличилось на 24 % по сравнению с уровнем до командировки. У 21 % из числа обследованных длительность заболеваемости составила от 30 до 120 суток/год, в то время как до поездки в течение 30 дней болели только 2,6 % сотрудников. Средняя длительность одного больничного листа до командировки составляла 4 дня, а после – 13 дней. До отъезда 2,6 % обследованных имели 10-ти дневную длительность 1 случая нетрудоспособно-

сти, а после – 68,4 %, у 21 % комбатантов длительность 1 больничного листа составила от 20 до 60 дней.

Таким образом, динамика заболеваемости у сотрудников ОВД, отражает, в среднем, в 2 раза возрастающую частоту и в 3 раза увеличивающуюся длительность временной утраты трудоспособности, по сравнению с уровнем до участия в боевых действиях. Однако 7,5 % сотрудников остались здоровы, что указывает на их успешную адаптацию к экстремальной деятельности, не затрагивающую соматический уровень, у 19,9 % лиц показатели заболеваемости остались на уровне, зафиксированном до командировки: у них сохранилась прежняя частота (1-2 случая/год) и длительность (5-7 сут./год) временной нетрудоспособности. Ввиду малого количества таких лиц, в нашем исследовании не представлялось возможным сравнить их личностные особенности с сотрудниками ОВД, у которых отмечены негативные сдвиги в состоянии здоровья. Тем не менее, при попытке все-таки обнаружить их отличительные характеристики, выявлено, что все сотрудники, у которых заболеваемость осталась на прежнем уровне, были женаты, имели одного – двух детей, обладали меньшей массой тела и меньшей импульсивностью, чем сотрудники с отрицательными изменениями здоровья. Данные различия нельзя считать достоверными, однако выявленные тенденции могут послужить поводом для дальнейших углубленных исследований.

Корреляционный анализ позволил установить, что перед откомандированием длительно болели пессимистичные (2-я шкала СМИЛ, $r = 0,32$), интровертированные, социально пассивные (0-я шкала СМИЛ, $r = 0,32$) сотрудники ОВД, нуждающиеся в отдыхе и восстановлении сил (предпочтение синего цвета, $r = 0,35$). Лица, болеющие часто ($r = 0,52$) и длительно ($r = 0,45$) обладали избыточным весом, повышенной тревожностью ($r = 0,36$), испытывали субъективную неудовлетворенность жизнью (желтый цвет в конце ряда, $r = -0,34$). После возвращения из спецкомандировки длительность заболеваемости стала положительно коррелировать с возрастом ($r = 0,43$), эмоциональным стрессом ($r = 0,41$), психическим напряжением ($r = 0,38$) и ригидностью ($r = 0,34$), а частота заболеваемости стала зависеть от длительности пребывания в зоне КТО ($r = 0,37$). Следовательно,

длительность нетрудоспособности у комбатантов ОВД взаимосвязана не столько с личностными predispositionами, сколько с эмоциональным состоянием.

Через год все показатели психического состояния комбатантов вернулись к исходному уровню (измеренному до командировки) и значимых различий по тесту М. Люшера не обнаружено. Следовательно, после воздействия экстремальной ситуации восстановление эмоционального статуса происходит быстрее, чем соматического здоровья.

Значимые изменения особенностей личности через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Динамика личностных изменений сотрудников ОВД через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до командировки	через 1 год после командировки	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
F (достоверность)	46,5 ± 7,8	50,9 ± 7,1	0,005
K (коррекция)	56,8 ± 11,4	60,1 ± 9,4	0,02
1-я (невротический контроль)	49,8 ± 7,9	52,1 ± 6,3	0,03
2-я (пессимистичность)	44,7 ± 7,9	49,7 ± 9,7	0,001
4-я (импульсивность)	50,0 ± 8,6	56,8 ± 7,6	0,0001
6-я (ригидность)	43,2 ± 9,4	48,6 ± 8,5	0,0001
7-я (тревожность)	45,0 ± 6,8	50,1 ± 5,9	0,0001
8-я (индивидуалистичность)	43,6 ± 7,6	50,7 ± 8,5	0,0001
0-я (интроверсия)	39,9 ± 9,8	42,9 ± 9,3	0,03

Профили СМИЛ сотрудников ОВД до и через год после командировки в район вооруженного конфликта не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 40-60 Т-баллов, с умеренным подъемом по шкале коррекции (К) и ведущими пиками по 4-й и 9-й шкалам (рисунок 8).

Умеренное повышение шкалы К (55-60 Т-баллов) отражает хороший самоконтроль над эмоциями и естественную защитную реакцию обследуемых на вторжение в их внутренний мир. Значимые различия, обнаруженные по шкале достоверности (F), связаны с уменьшением числа лиц с низкими значениями данной шкалы (30-35 Т-баллов): до командировки их было 18,4 %, а после – не выявлено вообще. При этом высокие значения шкалы F (65-75 Т-баллов), обнаруженные у 8 %

комбатантов, отражают эмоциональную неустойчивость, состояние стрессового дискомфорта, и, в сочетании с повышением профиля по 4-й, 6-й, 8-й и 9-й шкалам, указывают на смешанный тип реагирования, склонность к аффективным реакциям и низкую конформность.

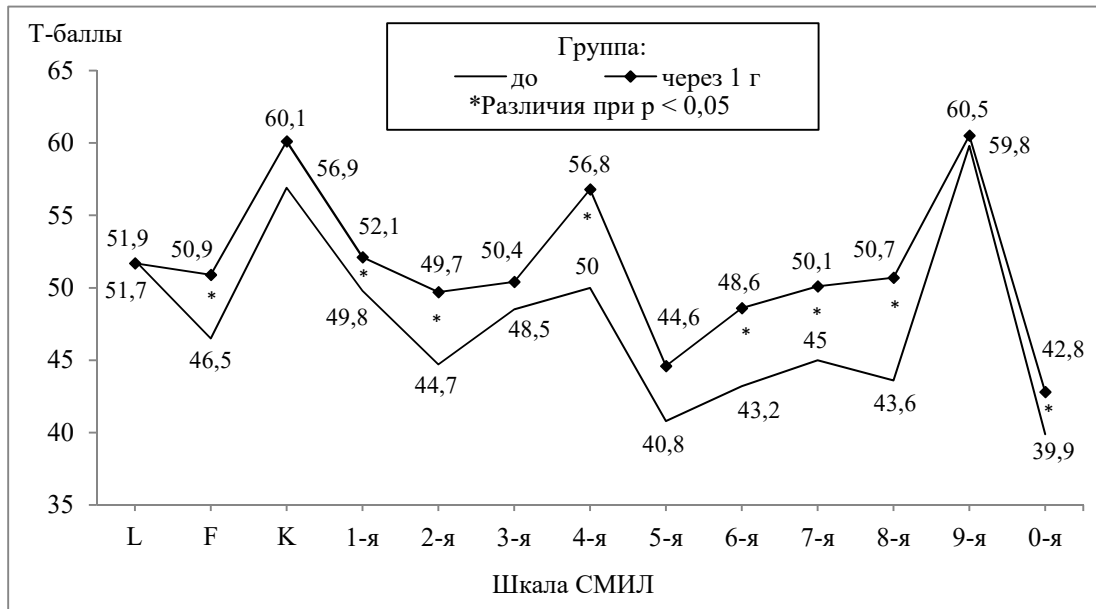


Рисунок 8 – Профили СМИЛ сотрудников ОВД до и через 1 год после спецкомандировки в район вооруженного конфликта

Значимое увеличение средних значений по шкалам невротического сверхконтроля и пессимистичности (в пределах нормативного разброса), вероятно, связано с эмоциональной напряженностью и депрессивной реакцией в рамках адаптационного синдрома в ответ на пережитую психотравмирующую ситуацию. Умеренное повышение 1-й и 2-й шкал (до 60 Т-баллов) выявилось до командировки в 8 % случаев, а после – в 29 %. Данных сотрудников отличает стремление уйти от конфронтации с жестокой реальностью, эмоциональная отстраненность, сдержанность, осознанный контроль над агрессивностью, ориентация на инструкции, приказы, пессимистичное, но в то же время мудрое отношение к жизненным проблемам. При этом их способность проявлять активность, подчиняясь лидеру, крайне важна в условиях боевых действий. Через 1 год (по сравнению с уровнем до командировки) в 3 раза возросло число лиц, имеющих значения 2-й шкалы на уровне 65-80 Т-баллов (7,8 %). Вероятно, у данных сотрудников психогенно спровоцированное депрессивное состояние развилось на почве личностной predisposition: склонности к острому пе-

реживанию неудач, самокритичности, неуверенности в себе, пассивности и замкнутости. Депрессия может быть также одним из проявлений ПТСР. Сочетанный подъем 1-й и 2-й шкал настораживает в плане predisпозиции к гастроэнтерологическим заболеваниям. Одновременное повышение 2-й и 9-й шкал, имеющее место у 5,2 % сотрудников, указывает на циклотимный тип акцентуации или склонность к перепадам настроения.

После командировки значительно возросло число лиц, имеющих диапазон шкалы импульсивности на уровне 55-60 Т-баллов: до командировки их насчитывалось 21 %, а после – 55 %. Будучи ведущей в нормативном профиле, 4-я шкала выявляет активность, склонность к риску, спонтанность и стремительность принятия решений, непереносимость монотонии, нетерпеливость, высокую мотивацию достижения, не всегда подчиненную интересам социума и здравому смыслу, конфликтность и независимость. В экстремальной обстановке они деятельны, решительны, мужественны, однако подчиняются только авторитетному лидеру. Следует подчеркнуть, что степень выраженности и направленность этих качеств зависит от зрелости личности, уровня интеллекта и иерархии морально-нравственных ценностей. При этом высокие значения 4-й шкалы (65-70 Т-баллов) до командировки имели 5,2 % сотрудников, а после – 15,8 %. Перечисленные выше свойства у них заострены и проявляются выраженной импульсивностью и затрудненным самоконтролем. При наличии высокого интеллекта такие личности могут нестандартно решать сложные задачи, а хорошая интуиция и быстрая реакция способствует их выживанию в боевых условиях. Свойственный им защитный механизм (вытеснение из сознания неприятной или занижающей самооценку информации) может сопровождаться отреагированием на поведенческом уровне с критическими, протестными реакциями и агрессивностью. У 10,5 % комбатантов выявлено сочетание высокой 4-й шкалы с повышенной 2-й, которая ослабляет их агрессивность, неконформность и импульсивность, за счет более высокого уровня контроля сознания над поведением, однако, сдерживание негативных эмоций может привести к развитию психосоматических расстройств. Два равновысоких пика 2-й и 4-й шкал (у 2,6 % обследованных) выявляют внутренний конфликт, характерный для неврастенического паттер-

на дезадаптации, в котором сочетаются разнонаправленные тенденции — высокая активность, динамичность процессов возбуждения и повышенный уровень притязаний (4-я) с выраженной неустойчивостью и быстрой истощаемостью (2-я). При неблагоприятных социальных условиях такая predisпозиция может служить почвой для алкоголизации или наркомании, а также для развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенная нервная возбудимость может быть также симптомом ПТСР и проявляться в виде внезапных вспышек ярости, агрессивности, раздражительности и готовности к оборонительным реакциям. К тому же, высокая 4-я шкала значительно усиливают неконформные тенденции, присущие другим шкалам стенического регистра — 6-й и 9-й. Профиль, в котором умеренно повышены (60-65 Т-баллов) 4-я и 6-я шкалы (37 % и 16 % сотрудников соответственно), отражает рациональный, реалистичный тип поведения, но в осуществлении намерений таким лицам мешают повышенная импульсивность и неконформизм. Выявленный в групповом профиле стенический тип реагирования (ведущие шкалы — 9-я и 4-я) означает, что ситуации стресса могут вызывать у комбатантов реакции протеста с экзальтацией и активным самоутверждением. В то же время, преморбидно присущие данным лицам гипертимные черты позволяют сохранять оптимистический настрой, несмотря на психотравмирующую экстремальную ситуацию. Следует также отметить, что низкие значения 4-й шкалы (35-40 Т-баллов) сохранились через год после возвращения лишь у 7,5 % сотрудников. Для них характерны высокий самоконтроль, конформизм, низкая мотивация достижения и приверженность общепринятым нормам поведения.

После командировки в 2,3 раза возросло число сотрудников с высокими значениями по шкале ригидности (60-70 Т-баллов): с 7,9 % до 18,4 %. Данный факт отражает усиление выявленных в predisпозиции стеничных установок: упорства, рациональности, прямолинейности, практичности и изобретательности. При высоком профессионализме и выраженном чувстве соперничества, они способны быть лидерами в референтной группе. Однако затруднение быстрого переключения нервных процессов при внезапно меняющейся ситуации снижает их устойчивость к стрессу, а постепенное накапливание потенциальной активности, в условиях противодействия сторон, может спровоцировать агрессивный аффект. Видимо, в условиях боевых

действий оправданно усилилась свойственная им настороженность и недоверчивость, а также защитный механизм проекции, проявляющийся обвинительным поведением, когда окружающим приписывают враждебность и гневно за это карают. Сочетание высокой 6-й шкалы (70 Т-баллов) с высокой 4-й (2,6 % и 10,5 % комбатантов соответственно) выявляет эксплозивный тип реагирования, проявляющийся вспыльчивостью, выраженным чувством соперничества, агрессивностью и упрямством. Если деятельность данных личностей направлена в социально приемлемое русло (например, борьба с преступностью, незаконными вооруженными формированиями и др.), то носители этих свойств могут оставаться достаточно адаптированными за счет оптимальной для них социальной ниши. Однако, в ситуации авторитарно-императивного давления и при агрессивных реакциях со стороны окружающих, они легко дезадаптируются и выдают эксплозивную реакцию, степень контролируемости которой определяется показателями шкал, отражающих тормозимые черты (2-я, 7-я и 0-я). Кроме этого, положительную связь ригидности с длительностью заболевания ($r = 0,34$) можно объяснить склонностью к развитию психосоматической патологии у лиц с подавленной враждебностью. Возможно, в данном случае и на биологическом, и на психологическом уровнях просматривается общая тенденция стенического противодействия вторжению агрессивной обстановки, как в духовный мир своего «Я», так и на физиологический уровень организма.

После участия в боевых действиях в 8 раз сократилось число сотрудников с низкими значениями (35–40 Т-баллов) шкалы тревожности: до командировки их было 44,7 %, а после осталось только 5,3 %. Данный факт отражает повышение осторожности, конформизма, способности к сопереживанию, а также уменьшение эгоцентризма и циничного взгляда на жизнь. Под влиянием психотравмирующей обстановки военных действий и угрозы жизни закономерно усиливаются чуткость к опасности, состояние тревоги, неуверенность в стабильности ситуации, возрастает страх быть убитым или раненым. Но у лиц с преморбидно повышенной 7-й шкалой (60-70 Т-баллов) перманентный стресс или психическая травма усиливает личностное свойство тревожности и может привести к неврозу. После командировки в 2 раза возросло число сотрудников ОВД с высокими значениями 7-й шкалы (≥ 60

Т-баллов): с 5,3 % до 10,5 %. Для них вероятно состояние дезадаптации, которое проявляется нарушениями сна, чувством растерянности, беспокойства, навязчивыми страхами, ощущением надвигающейся угрозы и может быть одним из симптомов ПТСР. Сочетанное повышение 7-й и 4-й шкал, отмеченное в групповом профиле после командировки, отражает внутренний конфликт разнонаправленных тенденций (смешанный тип реагирования), что, с одной стороны, способствует компенсации одних черт другими, а с другой – может разрешиться психосоматическими расстройствами или неврастенической симптоматикой. Корреляционный анализ показал, что после командировки тревожность потеряла связь с заболеваемостью и стала положительно коррелировать ($r = 0,39$) с периодом времени, прошедшим с момента первого боевого опыта.

Через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта в 8 раз увеличилось число лиц с высокими значениями (≥ 60 Т-баллов) по шкале индивидуальности (с 2,6 % до 21 %). Усиление способности к анализу ситуации, субъективизма, жесткости и нонконформизма произошло в угрожающих для жизни условиях, так как экстремальная обстановка опасна и непредсказуема, в ней выживает тот, кто способен быстро принять решение, основываясь на интуиции и логике, а не на чувствах. Сочетанный подъем 4-й, 6-й, 8-й и 9-й шкал СМИЛ является фактором риска агрессивного поведения и нарушений служебной дисциплины комбатантов, особенно при директивном давлении, недостатке терпимости у руководителей и отсутствии индивидуального подхода. Причем сотрудники старшего возраста подвержены более выраженным, чем у молодых, личностным изменениям: у них выше импульсивность ($r = 0,32$), индивидуалистичность ($r = 0,34$) и ригидность ($r = 0,35$).

После получения боевого опыта повышение средних значений 0-й шкалы (в пределах нормативного разброса) отражает тенденцию к ослаблению социальных контактов, отгороженности и отчужденности. Подъем 0-й шкалы (55-70 Т-баллов) в сочетании со 2-й, 7-й и 8-й шкалами (у 4,8 % лиц), встречается при астенизации длительным стрессом и выявляет внутреннюю напряженность, тревожность, интровертированность, эмоциональную холодность и пассивность личности, обуславливает защитный механизм интеллектуальной трансформации тревоги, кото-

рый позволяет отгородиться от решения реальных жизненных проблем. Противоречивое сочетание повышенной 9-й со 2-й и 0-й шкалами выявляет гиперкомпенсаторную заинтересованность различных защитных механизмов с целью поиска выхода из стрессовой ситуации, несмотря на гипотимный фон настроения и формализованное ограничительное поведение.

До командировки наличие семьи увеличивало уровень невротического контроля ($r = 0,35$) и субъективную неудовлетворенность жизнью ($r = -0,39$, желтый цвет в конце ряда), а после участия в КТО – помогало сохранить оптимизм (9-я шкала СМИЛ; $r = 0,35$) и снизить уровень социальной интроверсии (0-я шкала; $r = -0,36$). Следовательно, семья (при наличии гармоничных отношений), выступая в качестве социальной поддержки, является чрезвычайно важным компенсаторным фактором реадaptации к мирной жизни воевавших сотрудников ОВД.

Кластерный анализ позволил выделить три группы комбатантов, различающихся по психическому состоянию, соматическим и психологическим последствиям участия в вооруженных конфликтах (рисунок 9).

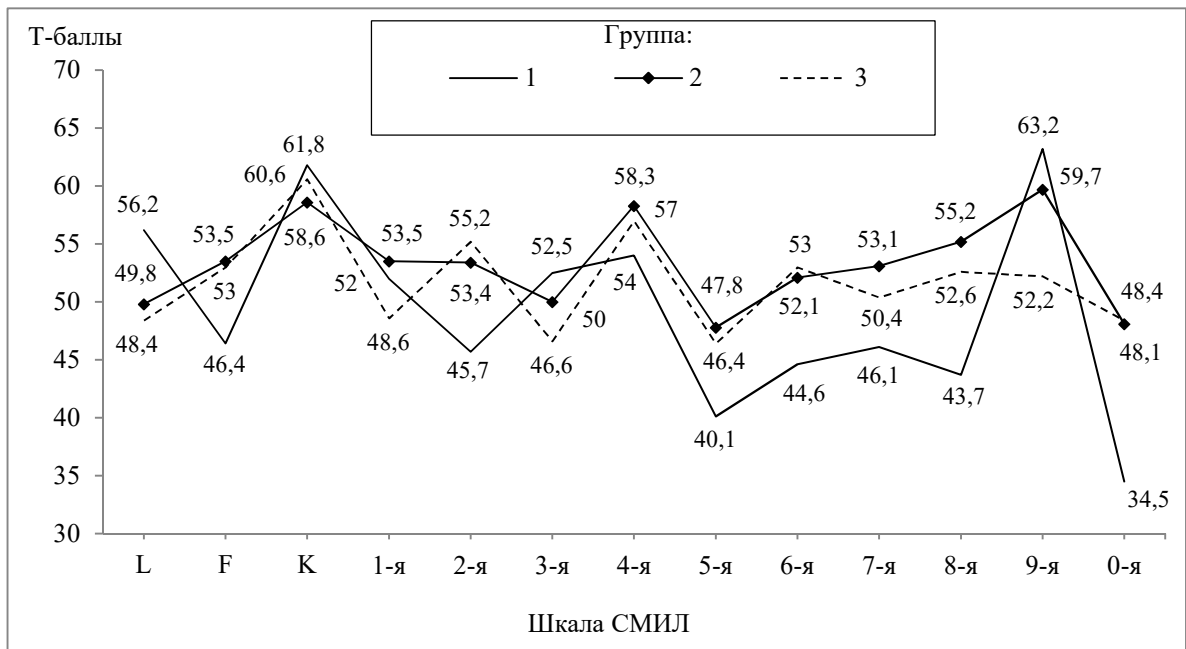


Рисунок 9 – Профили СМИЛ сотрудников ОВД (3 кластера)

через 1 год после командировки в район вооруженного конфликта

Первую группу составили 15 сотрудников ОВД (37,5 %), которые характеризуются стеническим типом реагирования с ведущей 9-й шкалой ($63,2 \pm 6,2$ Т-

баллов) в профиле СМИЛ (код по Уэлшу: 9-431/72685:0#K-L/F:), средним уровнем нервно-психической напряженности ($CO = 19,3 \pm 6,0$ ед.) и потребностью в отдыхе ($BK = 0,6 \pm 0,2$ ед.), минимальной частотой ($1,4 \pm 0,9$ случаев /год) и длительностью соматической заболеваемости ($10,0 \pm 6,3$ сут./год).

Второй кластер включает 18 обследованных (45 %), длительность заболеваемости которых составляет $15,6 \pm 9,3$ сут./год, частота – $1,7 \pm 1,0$ случаев/год, психическое состояние соответствует среднему уровню психического напряжения ($CO = 19,9 \pm 6,9$ ед.) и потребности в оптимизации расходования сил ($BK = 0,6 \pm 0,3$ ед.). Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу: 94812763/05:KF/L:) отличается стеническим типом реагирования с чертами индивидуалистичности (ведущие 9-я ($59,7 \pm 7,9$ Т-баллов), 4-я ($58,3 \pm 7,8$ Т-баллов) и 8-я шкалы ($55,2 \pm 7,3$ Т-баллов).

В третью группу вошли 7 сотрудников (17,5 %) с частотой заболеваемости $2,2 \pm 1,3$ случаев/год и длительностью нетрудоспособности $64,4 \pm 32,2$ сут./год, повышенным уровнем непродуктивной напряженности ($CO = 22,0 \pm 4,2$ ед.) и потребностью в отдыхе ($BK = 0,5 \pm 0,2$ ед.). Групповой профиль СМИЛ (426897/1035:K-F/L:) отражает смешанный тип реагирования (ведущие 4-я ($57,4 \pm 7,4$ Т-баллов), 2-я ($55,2 \pm 5,2$ Т-баллов) и 6-я шкалы ($53,0 \pm 10,6$ Т-баллов), сочетающий в себе гипер- и гипостенические свойства личности, а также сниженный, по сравнению с другими кластерами, уровень оптимистичности (9-я шкала $52,2 \pm 3,1$ Т-баллов).

Таким образом, пребывание в зоне вооруженного конфликта является фактором, существенно влияющим на физическое здоровье и психическое благополучие сотрудников ОВД, вследствие которого приобретаются новые и изменяются преморбидно существующие личностные особенности. Произошедшие изменения, преимущественно, связаны с влиянием экстремальных факторов боевого стресса и носят не только негативный, неустойчиво-адаптивный, но и позитивный характер.

К негативным последствиям участия в вооруженных конфликтах относятся: увеличение в 2 раза частоты и в 3 раза длительности заболеваемости, усиление психической напряженности, психофизиологического утомления, проявлений

черт импульсивности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности, пессимистичности, невротического контроля и социальной интроверсии.

У 17,5 % сотрудников ОВД выявлены пограничные (предпатологические) последствия: частая ($2,2 \pm 1,3$ случаев/год) и длительная ($64,4 \pm 32,2$ сут./год) заболеваемость; повышенная усталость, непродуктивная напряженность, внутренний конфликт разнонаправленных тенденций – гипотимических проявлений с импульсивностью, ригидностью, нонконформизмом на фоне затрудненного самоконтроля. У них возможен смешанный или эксплозивный тип реагирования, возникновение депрессивных реакций, дезадаптации в виде неврастенических или психосоматических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами. При этом у сотрудников старшего возраста более выражены, по сравнению с молодыми, импульсивность, ригидность и индивидуалистичность. С возрастом увеличивается длительность заболеваемости, которая может быть, как причиной, так и следствием негативного эмоционального состояния; частота заболеваемости возрастает с увеличением длительности пребывания в условиях боевых действий, а тревожность усиливается с течением времени, прошедшим от момента 1-й командировки. Таким сотрудникам показаны разноплановые медико-психологические реабилитационные мероприятия: лечение соматической патологии, релаксационные процедуры (рефлексо- и ароматерапия, аутогенная тренировка, массаж, водные процедуры и др.), психокоррекция и психотерапия (телесно-ориентированная, когнитивно-бихевиоральная, психодинамическая, гештальт-терапия, НЛП и др.).

У 45 % комбатантов преобладают неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений на фоне эмоционально-поведенческой стрессовой гиперактивности, средний уровень психического напряжения, утомления, частоты ($1,7 \pm 1,0$ случаев/год) и длительности ($15,6 \pm 9,3$ сут./год) заболеваемости. Для них характерны импульсивно-доминантный стиль поведения, эгоцентризм, индивидуалистичность, склонность к риску и агрессивным реакциям, недоверчивость, повышенная осторожность, чуткость к опасности, способность аналитически мыслить, пренебрегая эмоциями и дистанцируясь от происходящего. Адаптация достигается мо-

билизацией ресурсов и актуализацией защитных механизмов вытеснения, проекции, интеллектуальной трансформации тревоги. Для профилактики дезадаптации таким сотрудникам целесообразно проведение психокоррекционных мероприятий совместно с методами психофизиологической регуляции состояния. Поскольку нарушение социальной адаптации находится в большой зависимости от влияний среды, им необходимо создать такую социальную нишу, в которой был бы реализован дифференцированный подход, сохранен позитивный личностный статус, а также использованы их высокая интуиция и профессиональный боевой опыт.

У 37,5 % сотрудников ОВД наблюдается конструктивно-адаптивный (позитивный) тип последствий: стеническое эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование, решительность, мужественность, способность к нестандартному решению задач, хорошая интуиция и быстрая реакция, мудрое отношение к жизненным проблемам и оптимистический настрой, несмотря на психотравмирующую обстановку, средний уровень психической напряженности, потребности в отдыхе, минимальная частота ($1,4 \pm 0,9$ случаев /год) и длительность нетрудоспособности ($10,0 \pm 6,3$ сут./год). При этом у 12,5 % лиц не обнаружено динамического сдвига показателей годовой заболеваемости от исходного уровня, что указывает на их успешную адаптацию к экстремальной деятельности, не затрагивающую соматический уровень. При высоком профессионализме такие сотрудники способны стать лидерами в референтной группе, их в первую очередь необходимо отбирать для проведения контртеррористических операций, как наиболее адаптированный и подготовленный контингент.

4.2.2 Психологические особенности комбатантов и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях

Гипотеза исследования: длительная служебная деятельность в обычных (мирных) условиях вызывает личностные изменения идентичные тем, которые происходят в рамках режима контртеррористической операции (КТО) за короткий период времени.

Объект исследования составили мужчины – сотрудники ОВД:

1-я группа (численностью $n_1 = 42$) – ранее не направлявшиеся в специальные командировки в зоны режима КТО сотрудники в возрасте ($38,5 \pm 5,6$) лет со стажем службы в ОВД длительностью от 15-ти и более лет;

2-я группа ($n_2 = 40$) – участники контртеррористической операции на территории Чеченской Республики (средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта 128 ± 9 суток) в возрасте ($31,4 \pm 1,2$) лет, обследованные через 1 год после возвращения из спецкомандировки.

Обоснованием сопоставления данных групп послужило существенное сходство их групповых показателей (см. подраздел 4.1 и параграф 4.2.1). Идентичность сдвигов (в сторону повышения) показателей 1-й, 2-й, 6-й, 7-й и 0-й шкал СМИЛ позволило предположить, что менее интенсивная, но длительная профессиональная деятельность в правоохранительных органах вызывает личностные изменения, сходные с теми, которые возникают у сотрудников ОВД вследствие кратковременной экстремальной деятельности в боевых условиях.

Для диагностики личностных особенностей и психического состояния использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]. Соматический статус оценивался по результатам экспертного медицинского освидетельствования на ОБВК (группа предназначения годности к службе в ОВД), характеристикам годовой заболеваемости (частота и длительность) без уточнения нозологической формы патологии.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics ver. 17.0». Для оценки достоверности различий независимых выборок при-

менялся критерий Манна-Уитни (U) и χ^2 -критерий Пирсона с уровнем значимости ($p < 0,05$). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня). Для изучения взаимосвязей переменных использовались корреляционный анализ (коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha = 0,01$) и множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 17 представлены значимо различающиеся номинативные переменные по двум независимым выборкам.

Таблица 17 – Результаты сравнения соматического статуса и частоты занятий спортом среди комбатантов и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков (%) в группах обследуемых		p
		стаж 15 и более лет	через 1 год после участия в КТО	
Частота и регулярность занятий спортом	1-не занимаюсь	27 (71)	18 (46,1)	0,01
	2-периодически	5 (13,2)	12 (30,8)	
	3-постоянно	6 (15,8)	9 (23,1)	
Группа предназначения	1 – абсолютно здоров	8 (21,1)	15 (46,9)	0,02
	2 – практически здоров	4 (10,5)	3 (9,4)	
	3 – незначительные нарушения функций внутренних органов	17 (44,7)	12 (37,5)	
	4 – умеренные наруше- ния функций с редкими обострениями	9 (23,7)	2 (6,2)	

Соматический статус значимо хуже у сотрудников с длительным стажем службы в ОВД: в 1-й группе, по сравнению со 2-й, на 22 % меньше лиц, признанных ОБВК абсолютно здоровыми и на 10 % больше – имеющих хронические заболевания (IV группа предназначения), при этом 71 % обследованных не занимается спортом. Среди комбатантов 47 % причислены к 1-й группе предназначения, 6 % – к 4-й, при этом регулярно занимаются спортом 23 %, а периодически посещают спортзал –

31 % участников вооруженного конфликта. В отличие от режима проведения КТО, где наиболее вероятны острые формы хирургической патологии, респираторных и инфекционных заболеваний, служебная деятельность в мирных условиях связана с перманентной психотравматизацией факторами низкой интенсивности, обуславливающих развитие хронических заболеваний с волнообразным течением, которые приводят, в конечном счете, к более негативному соматическому состоянию. Вместе с тем, в течение первого года после возвращения из спецкомандировки, период нетрудоспособности у комбатантов ОВД, в среднем, в 2 раза длительнее, чем у не воевавших сотрудников (см. таблицу 18). Длительность одного случая заболевания, до 7 суток установлена у 55 % сотрудников с длительным стажем и 48 % комбатантов, до 14 суток – у 28 % обследованных обеих групп, 15-25 суток – 11 % сотрудников 1-й и 12 % – 2-й группы, 30-60 суток – у 6 % и 12 % лиц соответственно.

В таблице 18 представлены результаты сравнения психологических и соматических особенностей комбатантов ОВД и сотрудников с длительным стажем службы в мирных условиях.

Таблица 18 – Результаты сравнения психологических и соматических особенностей комбатантов и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	стаж 15 и более лет	через 1 год после участия в КТО	
Клинико-статистические			
Возраст, лет	38,5 ± 5,6	31,4 ± 6,5	0,001
Длительность 1 случая заболевания, сутки	6,8 ± 5,5	13,3 ± 16,2	0,02
Психодиагностические			
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	46,8 ± 6,6	51,7 ± 10,0	0,01
K (коррекция)	56,6 ± 10,1	60,1 ± 9,4	0,02
9-я (оптимистичность)	54,7 ± 10,2	60,5 ± 7,6	0,004
0-я (социальная интроверсия)	48,7 ± 10,5	42,8 ± 9,4	0,01
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	14,0 ± 5,8	11,7 ± 4,6	0,05

Корреляционный анализ показал, что чаще и длительнее болеют ригидные (6-я шкала СМИЛ, $r = 0,41$), индивидуалистичные (8-я шкала СМИЛ, $r = 0,43$), пессимистичные (9-я шкала, $r = -0,45$) и интровертированные (0-я шкала, $r = 0,53$) сотрудники ОВД с длительным служебным стажем, что подтверждается регрессионными уравнениями. В 28 % случаев ($R^2 = 0,28$; $F = 7,5$; $p = 0,013$) лица с высокими показателями шкалы социальной интроверсии болеют часто, а в 27 % ($R^2 = 0,27$; $F = 7,0$; $p = 0,016$) – утрачивают трудоспособность длительно:

частота заболеваемости (случаев/год) = $-1,4 + 0,06$ (0-я шкала СМИЛ);

длительность заболеваемости (сут./год) = $-22,0 + 0,77$ (0-я шкала СМИЛ).

33 % дисперсии зависимой переменной описывается уравнением регрессии ($R^2 = 0,33$; $F = 9,3$; $p = 0,007$), показывающим, что сотрудники ОВД, отличающиеся стеничным типом реагирования и ригидностью (6-я шкала СМИЛ $\geq 60-70$ Т-баллов) утрачивают трудоспособность на более длительный срок:

длительность 1 случая заболевания = $-11,6 + 0,39$ (6-я шкала СМИЛ).

У комбатантов через 1 год после участия в КТО длительность заболеваемости положительно коррелирует с возрастом ($r = 0,38$), ригидными чертами ($r = 0,34$) и эмоциональным состоянием (тест Люшера: эмоциональный стресс, $r = 0,41$; психическое напряжение, $r = 0,37$), а частота утраты трудоспособности повышается с увеличением длительности пребывания в зоне вооруженного конфликта ($r = 0,39$). Значимое регрессионное уравнение описывает 22 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,22$; $F = 5,2$; $p = 0,01$) и имеет вид:

длительность заболеваемости (сут./год) = $25,2 + 1,0$ (6-я шк.) – $1,0$ (3-я шк.).

В 18 % случаев ($R^2 = 0,18$; $F = 8,6$; $p = 0,006$) длительно болеют комбатанты ОВД старшей возрастной группы:

длительность заболеваемости (сут./год) = $-25,5 + 1,4$ (возраст).

Усредненные профили СМИЛ сотрудников ОВД обеих групп находятся в нормативном диапазоне (45-60 Т-баллов), с ведущими пиками по 4-й и 9-й шкалам (рисунок 10) и отражают стенический тип реагирования с превалированием возбудимых черт личности.

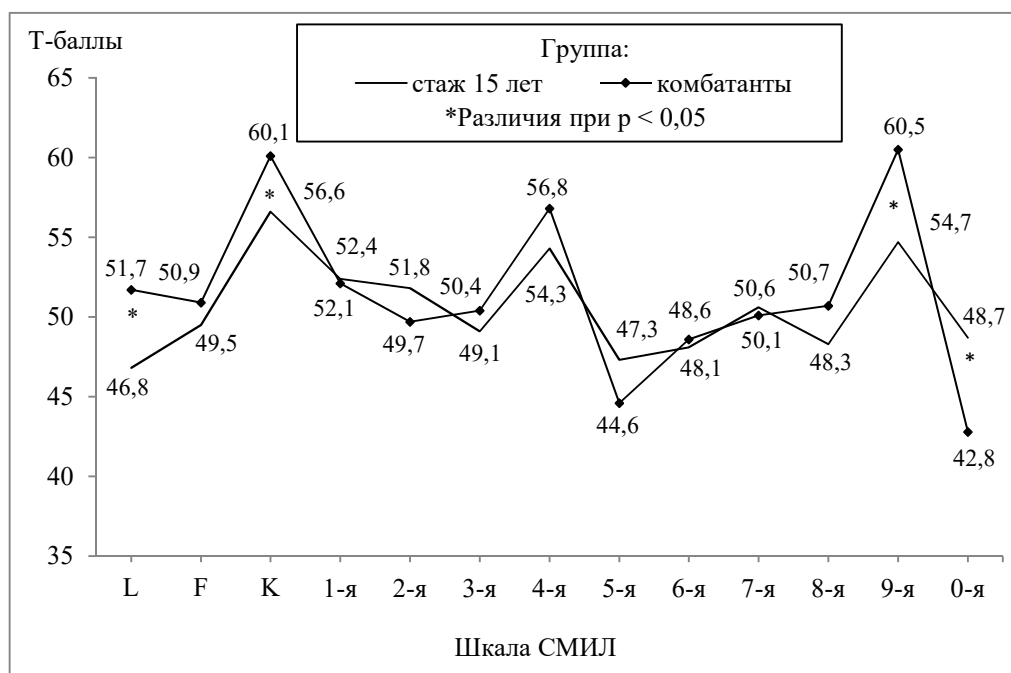


Рисунок 10 – Профили СМИЛ участников КТО и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях

Сотрудникам ОВД в обеих группах свойственны нетерпеливость, импульсивность, экспрессивность, конфликтность, независимое и рискованное поведение, которое мотивируется спонтанными желаниями и часто зависит от внешних обстоятельств. В экстремальных ситуациях они способны проявлять оперативность, смелость, решительность, однако недостаточная осторожность, игнорирование накопленного опыта и нецеленаправленная активность могут привести к ошибкам в прогнозировании и планировании деятельности, вследствие неверной оценки ситуации. Эмоциональный фон умеренно оптимистичный: показатели 9-й шкалы на уровне 60-70 Т-баллов имеют 42 % комбатантов и 27 % не воевавших сотрудников. Позитивная самооценка и жизнерадостность являются ресурсами работоспособности и стрессоустойчивости. Защитные механизмы отрицания (9-я шкала) и вытеснения (4-я шкала) позволяют им справляться со стресс-факторами профессиональной деятельности, при этом возможна экстрапунитивная эмоциональная разрядка и явления ангиоспазма со стороны сердечно-сосудистой системы. Умеренный подъем 1-й шкалы в обеих группах отражает усиление невротического контроля и соматизацию тревоги (биологический способ защиты) в ответ на кратковременное интенсивное или длительное перманентное стрессовое воздействие.

В отличие от комбатантов, у лиц с многолетним стажем сочетанный подъем 2-й, 4-й и 9-й и шкал отражает внутренний конфликт разнонаправленных тенденций и склонность к перепадам настроения. Трансформация тревоги происходит за счет усиления контроля сознания и отказа от самореализации (2-я шкала), сопровождаясь дистимическими переживаниями, пессимистичным взглядом в будущее и пассивным стрессовым реагированием. У 22 % обследованных 1-й группы выявлен низкий уровень оптимизма и активности (9-я шкала на уровне 35-45 Т-баллов), что в сочетании с подъемом по 2-й, 4-й и 0-й шкалам отражает склонность к депрессивным реакциям и настораживает в плане повышения суицидального риска.

Высокие значения 0-й шкалы (60-70 Т-баллов) у 22,5 % сотрудников 1-й и 8 % обследованных 2-й группы свидетельствуют об интровертированности, замкнутости, социальной пассивности, инертности в деятельности, дисгармоничности личности, стремлении избегать конфликтов путем сужения круга контактов. Во фрустрирующей ситуации вероятны заторможенность, отчужденность, уход от проблем в одиночество и «раздражительная слабость» (аффективная лабильность, сниженная работоспособность и повышенная утомляемость). Это подтверждается высокой психической напряженностью (суммарное отклонение на уровне 20-32 ед.), выявленной у 22,5 % сотрудников с многолетним стажем и у 5,2 % комбатантов ОВД. Для них характерно повышенное утомление, возбудимость, тревожность, «застывание» на эмоциональном переживании, субъективизм и ненадежность в экстремальной обстановке.

В целом, порядок цветовых выборов по тесту М. Люшера близок к аутогенной норме в обеих группах (рисунок 11), показатели психической напряженности находятся в среднем диапазоне, но значимо выше у представителей 1-й группы, чем у 2-й (см. таблицу 18). Комбатанты ОВД нацелены на активность и действие, при необходимости способны преодолевать усталость волевым усилием. Не воевавшие сотрудники справляются с привычными обязанностями в пределах средних сложившихся требований, однако следствием перенапряжения может стать длительное снижение работоспособности и ухудшение самочувствия.

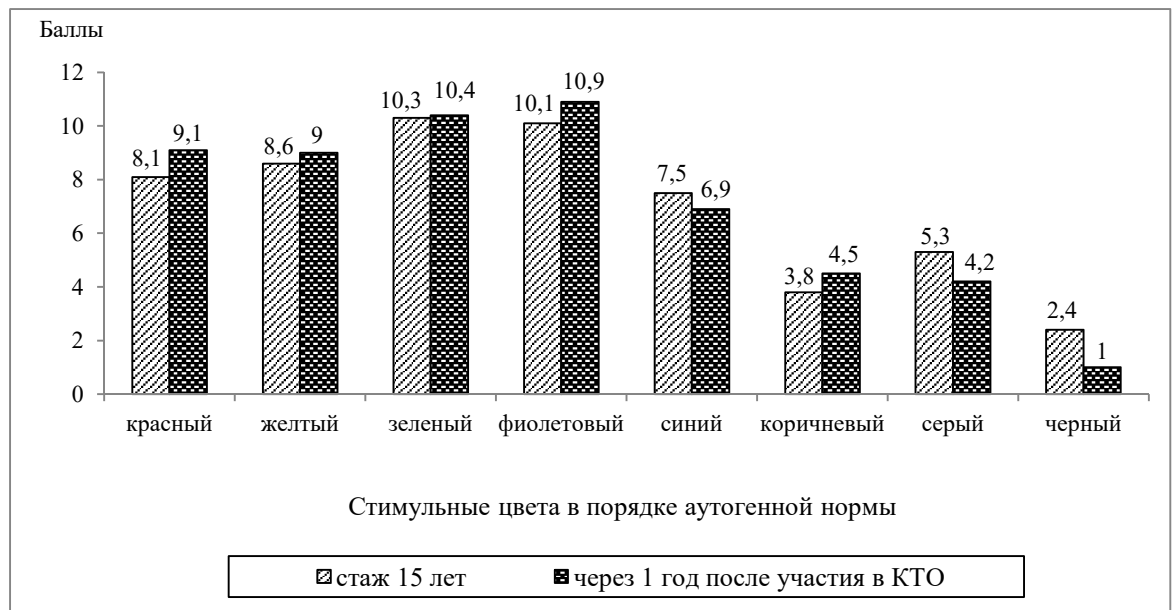


Рисунок 11 – Цветовые предпочтения участников КТО и сотрудников ОВД с длительным стажем службы в мирных условиях

Корреляционный анализ позволил выявить еще одну тенденцию, отличающую в негативную сторону сотрудников ОВД с многолетним стажем. В группе участников КТО показатель «семейное положение» положительно коррелирует со шкалой оптимистичности ($r = 0,35$) и отрицательно – со шкалой социальной интроверсии ($r = -0,36$). Следовательно, семья (при наличии гармоничных отношений) оказывает компенсирующее влияние, когнитивную и эмоциональную поддержку, позволяет сохранить оптимизм, снизить интровертированность и является важным фактором реадаптации комбатантов к мирной жизни. Напротив, в группе сотрудников ОВД с многолетним стажем наличие семьи взаимосвязано только со стремлением скрыть дефекты своего характера (шкала К СМИЛ; $r = 0,35$) и высоким уровнем эмоциональной напряженности (шкала F СМИЛ; $r = 0,33$). При этом показатель «количество детей» является периферийным признаком, не имеющим связей ни с семейным положением, ни с другими смысловыми признаками, а лишь положительную корреляцию с уровнем вегетативного коэффициента ($r = 0,40$) и отрицательную – с тревожностью ($r = -0,41$). Следовательно, семья и забота о детях перестают быть для сотрудников ОВД значимой жизненной ценностью, а стано-

вятся формальным обстоятельством, источником психологической напряженности и хронического утомления.

Таким образом, длительная (15 и более лет) служебная деятельность вызывает у сотрудников органов внутренних дел психологические изменения, сходные с теми, которые происходят под влиянием кратковременной (4-5 месяцев), но экстремальной служебно-боевой деятельности в условиях проведения контртеррористической операции. Совпадение по 1-й, 2-й, 6-й и 7-й шкалам СМИЛ отражает ускорение характерных личностных изменений в этом направлении, которые в экстремальных условиях происходят за более короткий промежуток времени. Обострение личностных особенностей в сторону импульсивности и индивидуальности, вероятно, носит защитно-адаптивный характер и является специфичным для деятельности в экстремальных условиях. В целях снижения риска негативных последствий участия в КТО, желательно отбирать в спецкомандировку сотрудников ОВД, имеющих показатели 4-й, 8-й и 9-й шкал СМИЛ на уровне 50-60 Т-баллов и низкие значения (≤ 50 Т-баллов) по шкалам 1, 2, 5, 6, 7, 0.

В целом, кратковременное воздействие факторов боевого стресса вызывает меньше негативных последствий, чем продолжительная профессиональная деятельность в мирных условиях. В позитивную сторону от не выезжавших в зону вооруженного конфликта сотрудников ОВД комбатанты отличаются активной личностной позицией, коммуникабельностью, позитивной самооценкой, оптимистичным восприятием окружающего, способностью эффективно мобилизоваться в экстремальных ситуациях, более низким уровнем непродуктивной напряженности и суицидального риска. Регулярные занятия спортом помогают 47 % комбатантов сохранять соматическое здоровье, однако негативные последствия воздействия боевой обстановки проявляются в первый год после возвращения из спецкомандировки удлинением периода временной нетрудоспособности: средняя длительность одного случая заболевания участников КТО ($13,3 \pm 16,2$ суток) в 2 раза превышает таковую у не воевавших сотрудников ОВД. Отсутствие адекватной реабилитации, интерференция факторов боевого стресса со стрессорами длительной служебной деятельности в мирных условиях, могут привести в отдаленном периоде к ухудше-

нию здоровья комбатантов в большей степени, нежели у не воевавших сотрудников ОВД. Риск длительной заболеваемости повышается с возрастом, у лиц, отличающихся ригидными чертами и негативным эмоциональным состоянием, а частота утраты трудоспособности увеличивается по мере удлинения срока пребывания в зоне КТО. В целях профилактики дезадаптации таким лицам показаны релаксационные мероприятия, активный отдых, здоровый образ жизни, служебная деятельность, не выходящая за пределы индивидуальных резервов, своевременное лечение соматических заболеваний, в случае необходимости – психологическое консультирование и психокоррекция акцентуированных личностных черт.

Негативные психологические изменения (интровертированность, противоречивый тип реагирования, склонность к дистимии, невротические и гипотимические проявления, психическое напряжение, признаки дисгармонии в семейных отношениях и ухудшение соматического здоровья) у сотрудников ОВД с многолетним стажем, возможно, обусловлены эмоциональным выгоранием, профессиональной деформацией или недостаточным развитием профессионально-важных качеств, и могут иметь тенденцию к прогрессированию при отсутствии адекватной медико-психологической реабилитации в процессе сопровождения служебной деятельности. Таким сотрудникам показана психокоррекция, индивидуальная и семейная психотерапия на фоне лечения соматической патологии, восстановительных процедур, создания комфортных условий жизнедеятельности, снижающих вероятность психофизического перенапряжения и риск декомпенсации функциональных систем организма.

4.2.3 Психологические последствия профессиональной деятельности у комбатантов в сравнении с не воевавшими сотрудниками ОВД

Гипотеза исследования: выполнение сотрудниками ОВД профессиональных задач в условиях контртеррористической операции (КТО) влияет на психологическое и соматическое здоровье, и может приводить к негативным (дезадаптивным), компенсирующе-защитным и позитивным личностным изменениям.

Объект исследования составили сотрудники ОВД:

1-я контрольная группа (численностью $n_1 = 185$) – мужчины, не принимавшие участия в боевых действиях; возраст $27,8 \pm 6,3$ лет;

2-я «экстремальная» группа ($n_2 = 108$) – мужчины, в разное время участвовавшие в боевых действиях (Афганистан, Таджикистан, Чеченская Республика), возраст $29,5 \pm 6,4$ лет; число командировок $1,4 \pm 0,6$; длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта – 144 ± 78 суток.

Для изучения психологических особенностей сравниваемых групп использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], проективная методика исследования личности «Hand-тест» [183], 16-ФЛО Р. Кеттелла, форма (С) [140], тест С. Розенцвейга [208], методика Х. Смишека [302], УНП [230], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Исследовались частота и длительность заболеваемости за год (без уточнения нозологических форм патологии).

Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни (U) и t-критерий Стьюдента ($p \leq 0,05$), выбор которых определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Для изучения взаимосвязей переменных использовались корреляционный анализ (коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha = 0,01$) и множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

Результаты значимых различий психологических и соматических особенностей участников вооруженных конфликтов с контрольной группой отражены в таблице 19.

Таблица 19 – Результаты сравнения психологических и соматических последствий участия в боевых действиях

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	контрольная	экстремальная	
Клинико-статистические			
Частота заболеваемости, случаев/год	1,3 ± 1,2	1,8 ± 1,4	0,009
Длительность заболеваемости, суток/год	11,1 ± 14,1	22,6 ± 24,1	0,001
Средняя длительность 1-го случая заболевания	6,0 ± 5,4	13,3 ± 16,2	0,001
Психодиагностические			
СМИЛ, шкала, Т-балл			
2-я (пессимистичность)	46,1 ± 9,7	50,8 ± 9,9	0,001
4-я (импульсивность)	53,8 ± 8,8	56,5 ± 8,1	0,03
6-я (ригидность)	44,4 ± 9,5	48,1 ± 9,3	0,007
8-я (индивидуалистичность)	47,7 ± 9,7	51,7 ± 9,7	0,004
0-я (социальная интроверсия)	41,9 ± 9,9	45,4 ± 10,4	0,02
Тест УНП, шкала, коэффициент			
Невротизации	+67,0 ± 28,6	+51,4 ± 29,1	0,009
Тест Х. Смишека, тип акцентуации, балл			
Эмотивный	11,9 ± 6,1	10,0 ± 3,9	0,04
Тревожный	4,2 ± 3,4	6,3 ± 4,9	0,02
Возбудимый	6,7 ± 4,7	9,2 ± 5,2	0,01
Дистимический	8,2 ± 3,5	10,6 ± 3,6	0,001
Тест М. Люшера, цвет, балл			
Желтый (4)	9,3 ± 4,1	7,6 ± 4,7	0,002
Фиолетовый (5)	9,1 ± 3,9	10,7 ± 3,1	0,001
Коричневый (6)	3,5 ± 3,0	4,3 ± 3,3	0,05
Hand-тест, категории, %			
Пассивность (Pas)	3,0 ± 3,8	4,9 ± 5,0	0,01
Психическая активность (сумма ответов)	27,6 ± 8,0	23,4 ± 8,5	0,002

В целом, в «экстремальной» группе достоверно выше заболеваемость и длительнее период нетрудоспособности. В контрольной группе 2 раза в год болели 24,5 % лиц, от 4-х и более раз в год – 4,7 % сотрудников, в «экстремальной» группе – 78,9 % и 15,8 % соответственно. При этом у 18 % обследованных из числа 1-й группы и у 32,6 % – из числа 2-й группы длительность нетрудоспособности составила 20-30 сут./год; 7 % не воевавших сотрудников и 15 % комбатантов болели от 40 до 120 сут./год. 23 % участников КТО имели длительность одного случая заболевания от 20 дней и выше, а среди не воевавших

сотрудников таковых насчитывалось 3 %. Длительнее болеют в течение года лица со склонностью фиксироваться на препятствии (OD тест Розенцвейга; $r = 0,40$) с выраженными симптомами гиперактивации ОСР (е, ОСР; $r = 0,34$), что подтверждается регрессионным уравнением ($R^2 = 0,23$; $F = 12,3$; $p = 0,01$):

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = -35,5 + 1,3(\text{е, ОСР}).$$

В 74 % случаев ($R^2 = 0,74$; $F = 17,3$; $p = 0,0001$) длительно утрачивают трудоспособность комбатанты с гипертимным типом акцентуации (ГипА), не склонные к перепадам настроения (дистимический тип, ДисА), а в 23 % случаев ($R^2 = 0,23$; $F = 6,3$; $p = 0,01$) – чувствительные, пассивные (фактор Н, 16-ФЛО) с низким самоконтролем эмоций и поведения (фактор Q₃, 16-ФЛО):

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = 0,4 + 3,3(\text{ГипА}) - 2,18(\text{ДисА});$$

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = 94,1 - 7,2(\text{Н}) - 5,4(\text{Q}_3).$$

Часто заболевают эмоционально неустойчивые (фактор С, 16-ФЛО) участники КТО, с низкой мотивацией достижения (фактор Q₄, 16-ФЛО) и конкретным, ригидным мышлением (фактор В, 16-ФЛО). Значимое регрессионное уравнение описывает 14 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,14$; $F = 5,6$; $p = 0,001$) и имеет вид: частота заболеваемости (случаев/год) = $3,8 - 0,2(Q_4) - 0,14(C) - 0,1(V)$.

Усредненные профили СМИЛ сотрудников ОВД контрольной и «экстремальной» групп находятся в нормативном диапазоне (40-65 Т-баллов), отражают стенический тип реагирования с ведущими пиками по шкале импульсивности и оптимистичности (рисунок 12).

Выявленные различия между группами во многом совпадают с изложенными ранее (см параграф 4.2.1) личностными изменениями, проанализированными у сотрудников ОВД до и после участия в контртеррористической операции. В частности, подтверждено, что у комбатантов, по сравнению с не воевавшими сотрудниками ОВД достоверно выше значения по 2-й, 4-й, 6-й, 8-й и 0-й шкалам СМИЛ. Высокие значения по шкале пессимистичности (60-70 Т-баллов) имеют 32 % участников боевых действий и 11 % сотрудников контрольной группы, что отражает их склонность к гипостеническому типу реагирования, пассивности, инертности в принятии решений. Данные лица осознают и глубоко переживают имеющиеся проблемы,

испытывая потребность в понимании, поддержке, болезненно реагируя на ущемление чувства собственного достоинства (особенно при сочетанном подъеме 2-й и 4-й шкал). Вероятно, гипотимические проявления, в большей степени, являются следствием боевого стресса, поскольку только в 6 % случаев ($R^2 = 0,06$; $F = 4,9$; $p = 0,029$) пессимистичность усиливается с возрастом:

$$\text{пессимистичность (2-я шкала СМИЛ)} = 41,1 + 0,3(\text{возраст}).$$

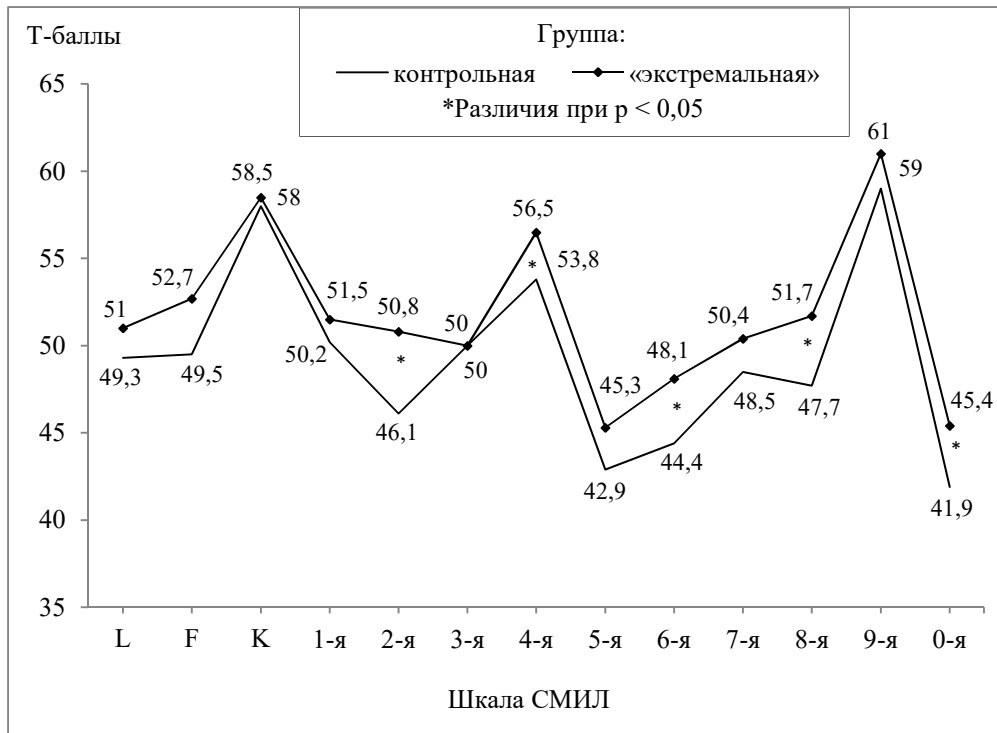


Рисунок 12 – Профили СМИЛ сотрудников ОВД контрольной и «экстремальной» групп

Среди комбатантов, в сравнении с контрольной группой, на 10 % больше лиц (44 % и 34 % соответственно) с выраженной импульсивностью поведения (4-я шкала на уровне 60-70 Т-баллов). Затрудненный контроль эмоций и гипервозбудимость может проявляться в виде внезапных вспышек агрессивности и готовности к оборонительным действиям. Чувства гнева и агрессии, направленные на противника, являются ресурсами выживания в условиях КТО, однако закрепившись в привычном способе реагирования, они могут стать причиной дезадаптации в мирной жизни, уже после возвращения из командировки. Сочетание повышенных 4-й и 2-й шкал в групповом профиле СМИЛ, вероятно, указывает также на защитный механизм сознательного сдерживания негативных эмоций, который при

длительной пролонгации может привести к психосоматическому варианту дезадаптации. При этом лица с высокой личностной тревожностью (категория Ten, Hand-тест) более пессимистичны (2-я шкала СМИЛ, $r = 0,42$), импульсивны (4-я шкала СМИЛ, $r = 0,46$), ригидны (6-я шкала, $r = 0,52$) и склонны к перепадам настроения (циклотимная акцентуация, $r = 0,47$). Такой вариант реагирования создает риск нарушений служебной дисциплины и злоупотребления алкоголем. Психологам подразделения необходимо обращать особое внимание на комбатантов, имеющих в профиле СМИЛ ведущие пики по 2-й и 4-й шкалам, так как противоречивость реагирования (при неблагоприятных социальных условиях, семейной дисгармонии и др.) реализуется в неврастенический тип дезадаптации и зависимость от психоактивных веществ. Вместе с тем корреляционный анализ показал, что лица длительно находившиеся в районе КТО, менее склонны к перепадам настроения (циклотимная акцентуация, $r = -0,46$), больше ориентированы на реальность и решение практических задач (фактор М, 16 ФЛО; $r = -0,46$). Данный факт можно расценить как позитивные изменения.

Высокий уровень ригидности (60-70 Т-баллов) отмечен у 20 % участников боевых действий и у 8 % сотрудников контрольной группы. При этом стеничные черты (6-я шкала СМИЛ, $r = 0,31$) усиливаются с возрастом и более выражены у лиц с низкой самооценкой ($r = -0,45$). Вероятно, усиление ригидности, в большей степени происходит под влиянием боевых стресс-факторов, а не возрастных изменений, поскольку только 10 % дисперсии ($R^2 = 0,10$; $F = 9,2$; $p = 0,003$) описывается регрессионным уравнением:

$$\text{ригидность (6-я шкала СМИЛ)} = 36,5 + 0,4(\text{возраст}).$$

Среди сотрудников 2-й группы на 10 % больше лиц, отличающихся индивидуалистичностью (60-75 Т-баллов). Одновременный подъем 6-й и 8-й шкал в профиле комбатантов может проявляться агрессивными действиями и отражать их убежденность во враждебности окружающих. Сочетание высоких 8-й, 6-й и 4-й шкал характеризует обидчивость, ригидное «застревание» на негативных переживаниях. Ведущие 8-я, 4-я (≥ 70 Т-баллов) и 9-я шкалы (55-69 Т-баллов) могут проявляться жесткостью в поведении, нонконформизмом и эгоцентризмом. У 17 %

участников боевых действий и 27 % сотрудников ОВД контрольной группы обнаружены низкие показатели 8-й шкалы (25-40 Т-баллов), что характеризует их как здравомыслящих, практичных, рациональных личностей, но не отличающихся богатством интересов и увлечений. Корреляционный и регрессионный анализ не выявил взаимосвязи 8-й шкалы СМИЛ с возрастом, следовательно, усиление индивидуалистических черт личности, вероятно, происходит под влиянием других (в том числе экстремальных) факторов.

Среди комбатантов 12 % лиц имеют повышенные (на уровне 60-70 Т-баллов) показатели по шкале социальной интроверсии, а среди контрольной группы таковых 8 %. Высокие значения 0-й шкалы СМИЛ ослабляют стенические черты и усугубляют гипостенические проявления, отражают выраженную интровертированность и пассивность личности, замкнутость, ригидность установок, субъективизм, раздражительность, отказ от самореализации. В ситуации стресса появляется заторможенность, уход от решения проблем и социальной активности в одиночество. Корреляционные взаимосвязи позволили установить, что интровертированные комбатанты (0-я шкала) отличаются склонностью к экзальтированным реакциям ($r = 0,65$), низкой самооценкой ($r = -0,47$), замкнутостью (фактор А, 16-ФЛО; $r = -0,43$) и осторожностью, так как их симпатическая нервная система остро реагирует на угрозу (фактор Н, 16 ФЛО; $r = -0,48$). У сотрудников с низкой самооценкой выражены симптомы «гиперактивации» ПТСР ($r = -0,39$) и ригидные черты личности ($r = -0,45$). Регрессионный анализ не выявил взаимосвязи 0-й шкалы СМИЛ с возрастом, следовательно, усиление выраженности социальной интроверсии, вероятно, происходит под влиянием других факторов.

Корреляционный и регрессионный анализ также показал, что значимо различающиеся шкалы СМИЛ не имеют прямых взаимосвязей ни с числом и длительностью командировок, ни с заболеваемостью, ни с симптомами ОСР и ПТСР. Возможно изменения, направленные в сторону обострения личностных особенностей, не обязательно являются признаками дезадаптации и болезненных состояний (как соматических, так и психологических), а с декомпенсацией психической деятельности взаимосвязаны другие личностные predispositions. Так, показатель «число

командировок» положительно коррелирует со шкалой мужественности-женственности ($r = 0,33$). Возможно, что повышение 5-й шкалы (при одновременном нарастании стенических проявлений – 4-я, 6-я и 9-я шкалы), свидетельствует о сдерживании агрессивных тенденций в межличностных отношениях, а также о том, что частые командировки и, следовательно, накопившееся психическое напряжение, приводит к пассивности и снижению либидо. С увеличением периода времени от момента первой командировки, у сотрудников ОВД нарастают психопатизация ($r = 0,52$), отгороженность и отчужденность (0-я шкала, $r = 0,36$), а также возможно нарушение сексуальной адаптации (5-я шкала, $r = 0,30$). Вследствие многочисленных отрицательных корреляционных связей фактора А 16-ФЛО с симптомами ОСР и ПТСР можно предположить, что замкнутость, как свойство личности, в условиях травматической ситуации может быть, как причиной, так и следствием развития дезадаптации. Чем ярче проявляются ОСР ($r = -0,42$), ПТСР ($r = -0,47$), симптомы «избегания» (В, $r = -0,43$), дистресс (F, $r = -0,47$) и депрессия (depress, $r = -0,42$), тем более сужен круг контактов, выражены обособленность и отчужденность. Регрессионное уравнение описывает 22 % дисперсии ($R^2 = 0,22$; $F = 12,4$; $p = 0,001$) и имеет вид:

$$\text{А-фактор 16-ФЛО} = 12,5 - 0,12(\text{дистресс}).$$

И наоборот, чем сильнее замкнутость, тем выше риск развития вышеперечисленных симптомов ($R^2 = 0,10$; $F = 9,5$; $p = 0,003$), из-за невозможности данной личности адекватно отреагировать психотравму, ввиду свойственного ей защитного механизма трансформации тревоги (пассивного бегства от проблем в одиночество): дистресс = $60,5 - 1,7$ (А-фактор 16-ФЛО)

Состояние тревожности (О-фактор 16-ФЛО) положительно коррелирует с ОСР ($r = 0,61$), ПТСР ($r = 0,66$), симптомами «гиперактивации» ($r = 0,65$), «вторжения» ($r = 0,64$), дистресса ($r = 0,45$) и депрессии ($r = 0,52$), а также с возрастом ($r = 0,28$). Симптомы «вторжения» (В) и физиологической гипервозбудимости ПТСР (D) в 49 % случаев ($R^2 = 0,49$; $F = 30,3$; $p = 0,001$) усиливают состояние тревожности: О-фактор 16-ФЛО = $-4,4 + 0,09$ (D) + $0,08$ (В).

При этом личностная тревожность в 22 % случаев является предиктором выраженных симптомов «вторжения» ($R^2 = 0,22$; $F = 30$; $p = 0,0001$) и гиперакти-

вации ($R^2 = 0,22$; $F = 31$; $p = 0,0001$), а в 12 % случаев – дистресса ($R^2 = 0,12$; $F = 15,4$; $p = 0,0001$) и депрессии ($R^2 = 0,12$; $F = 14,5$; $p = 0,0001$):

симптомы «вторжения» (В) = $38,2 + 2,9(\text{О-фактор } 16\text{-ФЛО})$;

симптомы гиперактивации (D) = $38,3 + 2,9(\text{О-фактор } 16\text{-ФЛО})$;

симптомы дистресса (F) = $41,2 + 2,1(\text{О-фактор } 16\text{-ФЛО})$;

симптомы депрессии (depress) = $38,5 + 1,9(\text{О-фактор } 16\text{-ФЛО})$.

Сочетание фактора О 16-ФЛО с первичными факторами С и L 16-ФЛО, которые также имеют многочисленные корреляции с симптомами ОСР и ПТСР, отражает характерологический уровень тревожности. Следовательно, положительную корреляцию фактора L с симптомами «вторжения» ($r = 0,50$), депрессии ($r = 0,47$), диссоциации ($r = 0,43$), ПТСР ($r = 0,42$) и ОСР ($r = 0,41$), можно объяснить состоянием эмоциональной напряженности и фрустрированностью личности. Регрессионный анализ позволил установить, что симптомы «вторжения» ПТСР ($R^2 = 0,13$; $F = 15,8$; $p = 0,0001$) выражены у подозрительных, эгоцентричных комбатантов ОВД, отличающихся стремлением перекладывать ответственность на окружающих (L-фактор 16-ФЛО):

симптомы «вторжения» ПТСР = $35,3 + 2,6(\text{L-фактор } 16\text{-ФЛО})$.

Эмоциональная лабильность (фактор С, 16-ФЛО) выше у лиц с выраженным дистрессом (F, $r = -0,46$), симптомами «избегания» ($r = -0,40$) и ПТСР ($r = -0,41$). Регрессионное уравнение описывает 21 % дисперсии ($R^2 = 0,21$; $F = 11,7$; $p = 0,001$) и имеет вид: С-фактор 16-ФЛО = $10,5 - 0,1(\text{дистресс})$.

Уровень невротизации является вариативной личностной переменной и в обеих группах находится в пределах нормы, однако у комбатантов значимо ниже эмоциональная устойчивость (см. таблицу 19). Отрицательные значения коэффициента невротизации (от -30 до -10) выявлены у 9 % участников КТО и 2 % сотрудников ОВД контрольной группы, что свидетельствует о наличии у них повышенной раздражительности, возбудимости, тревожности и утомляемости, на фоне сниженного настроения, возможных нарушений сна и негативных соматических симптомов. При этом уровень невротизации отрицательно коррелирует с экстрапунитивными реакциями (Е, тест Розенцвейга; $r = -0,39$). Регрессионное уравнение

подтверждает, что в 21 % случаев ($R^2 = 0,21$; $F = 7,2$; $p = 0,012$) комбатанты с проявлениями невротизации склонны направлять отрицательные эмоции на окружающих, перекладывая на них ответственность за возникновение фрустрирующей ситуации и ее решение: экстрапунитивные реакции (E) = 62,3 – 0,3(невротизация).

Участники КТО значительно отличаются от не воевавших сотрудников ОВД менее выраженной эмотивностью и большей представленностью акцентуаций тревожного, возбудимого и дистимического типа (см. таблицу 19). Типы акцентуаций контрольной и «экстремальной» групп отражены на рисунке 13.

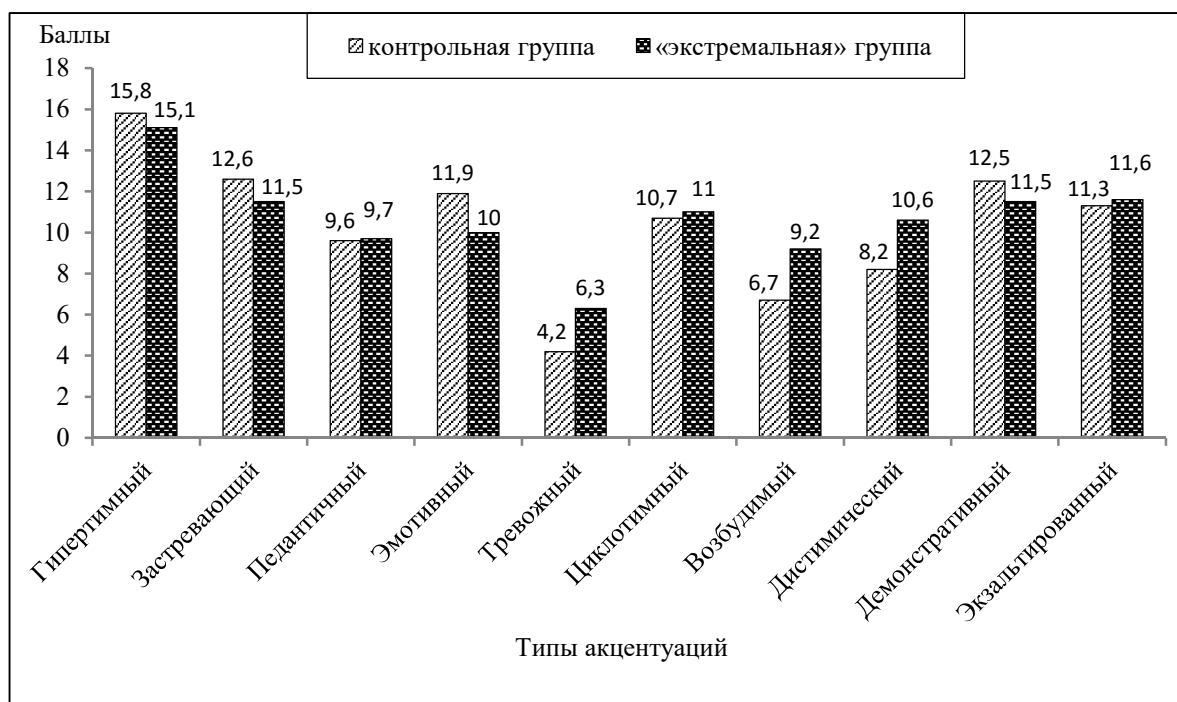


Рисунок 13 – Типы акцентуаций контрольной и «экстремальной» групп

В «экстремальной» группе на 33 % больше конституционально тревожных лиц и на 30 % больше – с низкой эмпатией. Положительная корреляция состояния тревожности (фактор О, 16-ФЛО) с эмотивным типом акцентуации ($r = 0,68$) позволяет предположить, что уменьшение эмотивности является адаптивной реакцией на экстремальные условия, которая способствует предотвращению дистресса.

26 % комбатантов и 8 % не воевавших сотрудников имеют акцентуацию возбудимого типа. Для них характерна импульсивность, нерациональность поступков, низкая терпимость в социальном взаимодействии.

Акцентуация по дистимическому типу выявлена у 21 % комбатантов и 8 % сотрудников контрольной группы. Им свойственна серьезность, пессимистичность, невысокая общительность и низкая активность. При этом лица с дистимическим и демонстративным типом акцентуации хуже адаптированы в социальной группе (коэффициент групповой адаптации, КГА, тест Розенцвейга). Значимое уравнение регрессии описывает 36 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,36$; $F = 8,2$; $p = 0,002$) и имеет вид:

$$\text{КГА} = 87,7 - 2,3(\text{дистимический тип}) - 1,5(\text{демонстративный тип}).$$

При сравнении групповых выборов предпочитаемых цветов по тесту М. Люшера, была обнаружена различная последовательность цветового ряда: в контрольной группе – 2, 4, 5, 3, 1, 0, 6, 7; в «экстремальной» группе – 5, 2, 3, 4, 1, 0, 6, 7. Комбатанты предпочитают фиолетовый цвет в 25 % случаев, а не воевавшие сотрудники – только в 16 %. Психологический смысл фиолетового цвета в начале ряда отражает стремление вытеснить из сознания объективную реальность, что можно расценить как защитную реакцию на воздействие факторов боевой обстановки. При этом участники КТО, по сравнению с контрольной группой чаще отвергают желтый цвет (21 % и 10 % соответственно), а 11 % комбатантов подавляют потребность в отдыхе и добровольно ограничивают себя в комфорте (коричневый цвет). Такая установка в боевых условиях также носит компенсаторно-защитный характер.

На основании оценочных категорий Hand-теста (рисунок 14), можно дать усредненную характеристику отдельных свойств личности участников КТО. Комбатанты ОВД довольно адаптивны, обладают средней психологической активностью и вероятностью открытого агрессивного поведения в субъективно значимых ситуациях, поскольку высокий уровень агрессивных тенденций (категории $\text{Agg} + \text{Dir} = 24,2\%$) уравновешивается установками на социальную кооперацию (категории $\text{Aff} + \text{Com} + \text{Dep} = 32,4\%$).

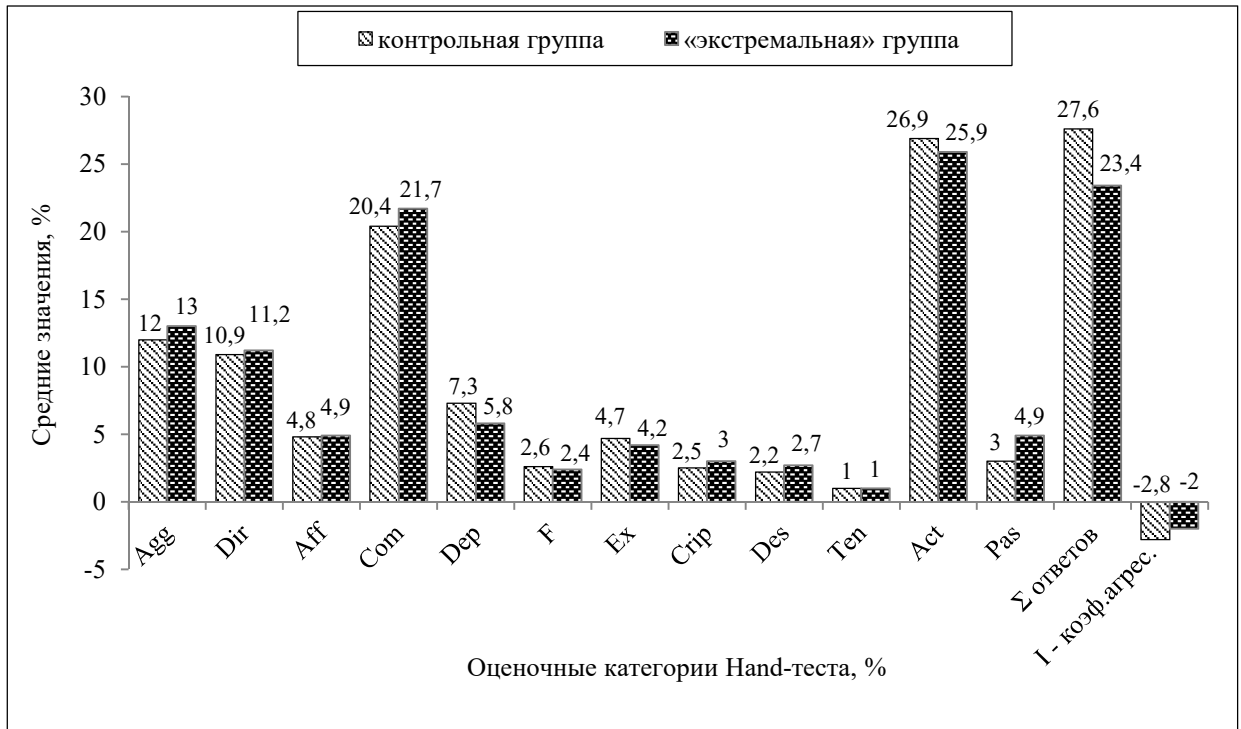


Рисунок 14 – Оценочные категории Hand-теста сотрудников ОВД контрольной и «экстремальной» групп

Участников боевых действий отличает прагматичность, умеренная потребность в самовыражении, высокая коммуникабельность, умение устанавливать формально-деловые контакты, однако эмоционально-теплые взаимоотношения для них не характерны. В группе комбатантов значимо выше пассивность, стремление к экономии сил, и ниже – степень психологической активности (энергетического потенциала). Отрицательная корреляция пассивности (категория Pas; $r = -0,57$) с фактором О 16-ФЛО объясняется тем, что состояние тревоги является «пусковым механизмом» к ее преодолению, а активная позиция уменьшает чувство опасности. Значимое уравнение регрессии описывает 20 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,20$; $F = 8,7$; $p = 0,006$) и имеет вид: О-фактор 16-ФЛО = $4,5 - 0,2(Pas)$.

Между исследуемыми группами выявлена также тенденция к различию ($p \leq 0,08$) по категории Dep (зависимость, потребность в помощи и поддержке окружающих). 26 % участников КТО и 38 % не воевавших сотрудников ОВД считают, что окружающие должны тратить на них время, уделять им внимание и нести ответственность за их действия. При этом 35 % комбатантов и 26 % сотрудников кон-

трольной группы независимы и самостоятельны, однако в их поведении может наблюдаться дефицит чувства социальной ответственности.

Таким образом, факторы боевого стресса в условиях контртеррористической операции влияют на психологическое и соматическое здоровье сотрудников ОВД, и приводят к негативным, компенсирующе-защитным и позитивным последствиям.

Негативное влияние на соматическое здоровье: у участников КТО, по сравнению с не воевавшими сотрудниками ОВД, в 1,4 раза выше частота заболеваемости ($1,8 \pm 1,4$ случаев/год) и в 2 раза длительнее период утраты трудоспособности ($22,6 \pm 24,1$ сут./год). При этом чаще болеют эмоционально лабильные комбатанты, а длительнее – лица с гипертимным типом акцентуации, импульсивные, склонные остро реагировать и фиксироваться на фрустрации, с выраженными симптомами гипервозбудимости ОСР.

Негативные психологические последствия: у комбатантов более выражены, чем в контрольной группе, импульсивность (у 44 % сотрудников), пессимистичность (у 32 % лиц), индивидуалистичность (22 %), склонность к дистимии (21 %), ригидность (20 %), интровертированность, пассивность (12 %) и признаки невротизации (9 %). При этом конституционально тревожные лица более пессимистичны, импульсивны, ригидны и склонны к перепадам настроения, а интровертированные комбатанты отличаются низкой самооценкой, замкнутостью, осторожностью и склонностью к экзальтированным реакциям. После участия в КТО снижается активность, эмотивность, усиливаются тревожность, эгоцентризм, конфликтность, агрессивность, неконформность, затрудняется самоконтроль, возможны эксплозивный тип реагирования, психосоматический и неврастенический варианты дезадаптации, нарушения служебной дисциплины, злоупотребление алкоголем. Повышенный риск развития симптомов ОСР и ПТСР после участия в боевых действиях имеют сотрудники ОВД старшей возрастной группы, ригидные, интровертированные, замкнутые, эмоционально лабильные, подозрительные, с низкой самооценкой, повышенной эмотивностью и личностной тревожностью. Личностное свойство тревожности служит предиктором высокого уровня симптомов «вторжения», физиологической гипервозбудимости (22 % дисперсии), депрессии и дистресса (12 %). При

этом, если адекватные реабилитационные мероприятия не будут проведены вовремя, то с течением времени у них будут нарастать длительность заболеваемости, социальная интроверсия, психопатизация, симптомы ПТСР, и, как следствие, нарушаться профессиональная работоспособность и качество жизни в целом.

К адаптивно-защитным изменениям, вероятно, относятся: повышенная осторожность, чуткость к опасности, склонность к интеллектуальной трансформации тревоги, вытеснение из сознания объективной реальности, эмоциональная отстраненность, отчужденность, подавление потребности в отдыхе и удовольствиях, уход от социальной активности, адаптивность и приверженность интересам референтной группы.

Позитивные последствия: у участников КТО выражена независимость, самостоятельность, прагматичность, решительность, мужественность, интуиция и быстрота реакции, способность мыслить аналитически, нестандартно, основываясь на минимальной информации и пренебрегая эмоциями. Они коммуникабельны, способны устанавливать формально-деловые контакты, оптимистично и мудро относиться к жизненным проблемам, быть лидерами в референтной группе (при наличии высокого интеллекта и профессионализма).

4.3. Зависимость последствий участия в боевых действиях от влияния различных психологически значимых факторов

4.3.1 Мотивация участия в контртеррористической операции и ее влияние на выраженность психологических и соматических последствий

Гипотеза исследования: личные мотивы согласия на командировку и ценностно-смысловое отношение сотрудников ОВД к участию в контртеррористической операции (КТО) влияют на характер и выраженность психологических и соматических последствий.

Объект исследования – 64 сотрудника сводного отряда ОВД:

1-я группа (численностью $n_1 = 34$) – мужчины в возрасте ($30,5 \pm 1,3$) лет, имеющие положительную мотивацию согласия на спецкомандировку, средняя длительность которой составила (159 ± 15) суток;

2-я группа ($n_2 = 30$) – мужчины в возрасте ($29,2 \pm 1,1$) лет, с отрицательной мотивацией участия в КТО и средней длительностью пребывания в зоне вооруженного конфликта (146 ± 16) суток.

С помощью индивидуальной беседы и стандартизированного интервью у сотрудников ОВД выяснялись мотивы добровольного согласия на участие в КТО на территории Чеченской Республики. Вопрос звучал следующим образом: «Укажите, пожалуйста, пять причин, по которым Вы согласились участвовать в контртеррористической операции?» Ответы, отражающие ценностно-смысловое отношение к участию в боевых действиях, отнесли к 6 группам: 1) получение материальной выгоды («заработать деньги», «получить льготы»); 2) чувство долга («исполняю приказ», «хочу принести пользу», «чувство патриотизма»); 3) групповая принадлежность («поддержать товарищей», «чувство солидарности» и др.); 4) занятие деятельностью, которая нравится («есть опыт», «нужно заниматься тем, что лучше умеешь делать», «готов к риску», «нравятся острые ощущения» и др.); 5) уход от проблем сложившейся мирной жизни (конфликты в семье, неудовлетворенность работой, высказывания «все надоело», «живу один, некому переживать»); 6) эго-

центризм, самоутверждение («проверить себя», «доказать, что я – мужчина» и др.). Эти ответы явились основополагающим признаком разделения сотрудников ОВД на 2 исследовательские группы (таблица 20):

1-я – прогностически благоприятная (социально-ориентированная, положительная) мотивация участия в боевых действиях означает, что, с точки зрения целей и задач вооруженного конфликта, данные сотрудники будут наиболее эффективны при выполнении служебно-боевой деятельности;

2-я – прогностически неблагоприятная (эго-ориентированная, отрицательная) мотивация обуславливает высокий риск собственной неосторожности и гибели в экстремальных условиях, а также может стать источником проблем в совместной (групповой) деятельности отряда, привести к боевым и небоевым потерям личного состава.

Таблица 20 – Мотивация участия в контртеррористической операции

Мотивация	n (%)
Материальная выгода	55 (33,7)
<i>Положительные мотивы</i>	45,4 %
чувство долга:	
- по приказу;	23 (14,1)
- по убеждению	20 (12,3)
групповая принадлежность (чувство товарищества)	19 (11,6)
участие в деятельности, которая нравится (в том числе любовь к риску)	12 (7,4)
<i>Отрицательные мотивы</i>	20,9 %
уход от проблем сложившейся жизни	22 (13,5)
эгоцентризм, самоутверждение	12 (7,4)
Общая сумма ответов	163 (100)

Стремление получить вознаграждение за деятельность – это нормальное явление, не относящееся к психологии (любой труд должен быть оплачен, особенно в экстремальных условиях), но, если такой способ зарабатывания денег (рискуя своей жизнью) является единственно возможным для личности – этот момент уже требует психологической оценки. Поскольку деньги являются основой для различных мотиваций (как позитивных, так и негативных) и мотив «материальная выгода» труден для точной интерпретации в каждом конкретном случае, поэтому он был выделен отдельно и исключен из статистической обработки.

Для изучения психологических последствий участия в КТО использовались: СМЛЛ Л.Н. Собчик [328], 16-ФЛЮ Р. Кеттелла (форма С) [140], тест С. Розенцвейга [208], проективная методика исследования личности «Hand-тест» [183], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Регистрировались демографические показатели (возраст, образование, стаж, семейное положение, количество детей, рост, вес; частота и регулярность занятий спортом, особенности предыдущей военной службы – в обычных или особо сложных условиях), а также исходный уровень соматического здоровья (группа предназначения годности к службе в ОВД по данным ОВВК г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области), частота и длительность заболеваемости за год (без уточнения нозологической формы патологии).

Достоверность различий независимых выборок оценивалась с помощью U-критерия (Манна-Уитни), χ^2 -критерия Пирсона, выбор которых определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Учитывались статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) и тенденции к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$). Взаимосвязи переменных изучались с помощью корреляционного (коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha=0,01$) и множественного регрессионного анализа (шаговый отбор), с учетом статистической значимости коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионных коэффициентов и их статистической значимости (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 21 представлены результаты сравнения уровня соматического здоровья по данным ОВВК (частота встречаемости различных групп предназначения годности к службе в ОВД в двух выборках).

У сотрудников ОВД с положительной мотивацией выявлена тенденция к ухудшению соматического статуса: в 1-й группе насчитывается на 13 % меньше абсолютно здоровых лиц и на 19,5 % больше (по сравнению со 2-й группой), имеющих нарушения функций внутренних органов, отнесенных по состоянию здоровья к III и IV группам предназначения. В качестве одной из возможных причин этого факта, вероятно, может быть стремление лиц с отрицательной мотива-

цией избегать опасных ситуаций и травм, и, следовательно, лучше сохранять свое физическое здоровье.

Таблица 21 – Результаты сравнения уровня соматического здоровья по данным ОВВК в двух группах

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков (%) в группах обследуемых		p
		Мотивация		
		положительная	отрицательная	
Группа предназначения годности к службе в ОВД	1 – абсолютно здоров	16 (47,1)	18 (60)	0,07*
	2 – практически здоров	0	2 (6,6)	
	3 – незначительные нарушения функций внутренних органов	5 (14,7)	7 (23,4)	
	4 – умеренные нарушения функций с редкими обострениями	13 (38,2)	3 (10)	

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$)

В таблице 22 представлены результаты сравнения показателей заболеваемости сотрудников ОВД с различной мотивацией участия в боевых действиях в течение года после возвращения из спецкомандировки.

Таблица 22 – Результаты сравнения показателей заболеваемости сотрудников ОВД с положительной и отрицательной мотивацией участия в КТО

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	Мотивация		
	положительная	отрицательная	
Частота заболеваемости, количество случаев/год	$2,5 \pm 1,9$	$1,7 \pm 1,1$	0,04
Длительность заболеваемости, суток/год	$28,8 \pm 28,9$	$23,3 \pm 17,4$	0,07*

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$)

Положительно мотивированные комбатанты заболевают в 1,5 раза чаще и имеют тенденцию утрачивать трудоспособность на более длительный срок, чем отрицательно мотивированные сотрудники ОВД, однако среди них в 2 раза больше лиц, у которых адаптация к экстремальной деятельности не затронула соматический уровень. В 1-й группе в течение года после участия в КТО были здоровы 6,6 % комбатантов, 1-2 раза/год заболевали 63,4 % лиц, 3-4 раза/год – 16,7 %, 6 и более раз/год – 13,3 % обследованных. Во 2-й группе не болели 3,3 % негативно мотивированных сотрудников, 1-2 раза/год были нетрудоспособны 76,7 % лиц, 3-4

раза/год – 20 % обследованных. Среди положительно мотивированных комбатантов 6-10 сут./год болели 20 % лиц, 12-18 сут./год – 26,6 % сотрудников, у 23,4 % – длительность нетрудоспособности составила 20-30 сут./год, у 13,4 % – 60-65 сут./год, 6,6 % в течение года были нетрудоспособны 77-80 суток и 3,3 % – 120 суток. В отличие от 1-й группы, среди негативно мотивированных комбатантов ОВД столь длительно болеющих не выявлено: 5-10 сут./год были нетрудоспособны 30 % лиц, 12-18 сут./год – 22,3 %, 20-30 сут./год – 14,8 %, 35-60 сут./год – 29,6 % сотрудников.

С помощью корреляционного и регрессионного анализа установлена взаимосвязь посттравматических симптомов с длительностью заболеваемости только в группе позитивно мотивированных сотрудников ОВД. Длительность утраты трудоспособности у них положительно коррелирует с симптомами гиперактивации ($r = 0,56$), депрессии ($r = 0,56$), ОСР ($r = 0,58$) и ПТСР ($r = 0,55$), при этом длительно болеют лица с выраженными симптомами ОСР, но низким уровнем дистресса. Значимое уравнение регрессии описывает 52 % дисперсии ($R^2 = 0,52$; $F = 11,3$; $p = 0,0001$) и имеет вид:

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = -36,5 + 4,0(\text{ОСР}) - 2,6(\text{дистресс}).$$

Часто утрачивают трудоспособность экспрессивные, беспечные (фактор F, 16-ФЛО; $r = 0,53$), субмиссивные (фактор E, 16-ФЛО), робкие и социально пассивные (фактор H, 16-ФЛО) комбатанты 1-й группы. Значимое регрессионное уравнение охватывает 55 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,55$; $F = 7,9$; $p = 0,001$) и имеет вид:

$$\text{частота заболеваемости (случаев/год)} = 4,5 + 1,0(F) - 0,7(E) - 0,5(H).$$

Среди отрицательно мотивированных комбатантов ОВД длительно болеют сотрудники, отличающиеся прямолинейностью, бестактностью (фактор N, 16-ФЛО; $r = -0,69$), высоким уровнем напряженности и фрустрационной тревожности (фактор Q₄, 16-ФЛО; $r = 0,50$), что в 49 % случаев ($R^2 = 0,49$; $F = 11,5$; $p = 0,005$) подтверждается регрессионным уравнением:

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = 62,6 - 7,6(\text{фактор N 16-ФЛО}).$$

Часто утрачивают трудоспособность безответственные, неорганизованные, неконформные (фактор G 16-ФЛЮ) сотрудники 2-й группы, игнорирующие социальные нормы поведения. Значимое регрессионное уравнение описывает 43 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,43$; $F = 9,1$; $p = 0,011$):

$$\text{частота заболеваемости (случаев/год)} = 4,0 - 0,37(G).$$

В таблице 23 представлены результаты сравнительного анализа психологических особенностей комбатантов с различной мотивацией участия в КТО.

Таблица 23 – Результаты сравнения психологических последствий у сотрудников ОВД в зависимости от мотивации участия в КТО

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	Мотивация		
	положительная	отрицательная	
СМИЛ, шкала, T-балл			
1-я (невротический контроль)	48,4 ± 6,6	55,0 ± 8,1	0,001
3-я (эмоциональная лабильность)	47,4 ± 6,4	53,7 ± 9,2	0,002
6-я (ригидность)	46,6 ± 10,3	51,3 ± 8,3	0,05
8-я (индивидуалистичность)	50,4 ± 7,9	54,1 ± 7,2	0,05
16-ФЛЮ, фактор, балл			
G (низкая-высокая нормативность поведения)	4,2 ± 1,7	6,3 ± 2,1	0,002
Тест Розенцвейга, категория, %			
Коэффициент групповой адаптации (КГА)	48,3 ± 10,4	38,4 ± 7,9	0,001
Импунитивные реакции (M)	22,7 ± 8,9	28,5 ± 9,4	0,05
Фиксация на самозащите (ED)	41,7 ± 9,3	47,7 ± 9,4	0,04
Hand-тест, категория, %			
Страх агрессии окружающих (F)	2,0 ± 3,0	4,2 ± 4,2	0,05
Физическая активность (Act)	31,3 ± 14,5	22,4 ± 13,9	0,05
Психическая активность (сумма ответов)	28,5 ± 6,5	23,4 ± 7,9	0,03

Усредненные профили СМИЛ обеих групп находятся в нормативном диапазоне 45–60 T-баллов, с ведущими шкалами стенического регистра (4-й и 9-й) и умеренным подъемом по шкале коррекции (рисунок 15), однако возбудимые черты личности преобладают у сотрудников ОВД 2-й группы, свидетельствуя о выраженном стремлении противодействовать влиянию среды и повышая риск дезадаптации.

В группе комбатантов с негативной мотивацией наибольшее различие средних значений наблюдается по шкалам невротического контроля и эмоциональной лабильности, которые в сочетании характеризуют смешанный тип реагирования, выявленный у 13,8 % обследованных 2-й группы (1-я и 3-я шкалы на уровне 70-75 Т-баллов), и являются predisпозицией к психосоматическому варианту дезадаптации.

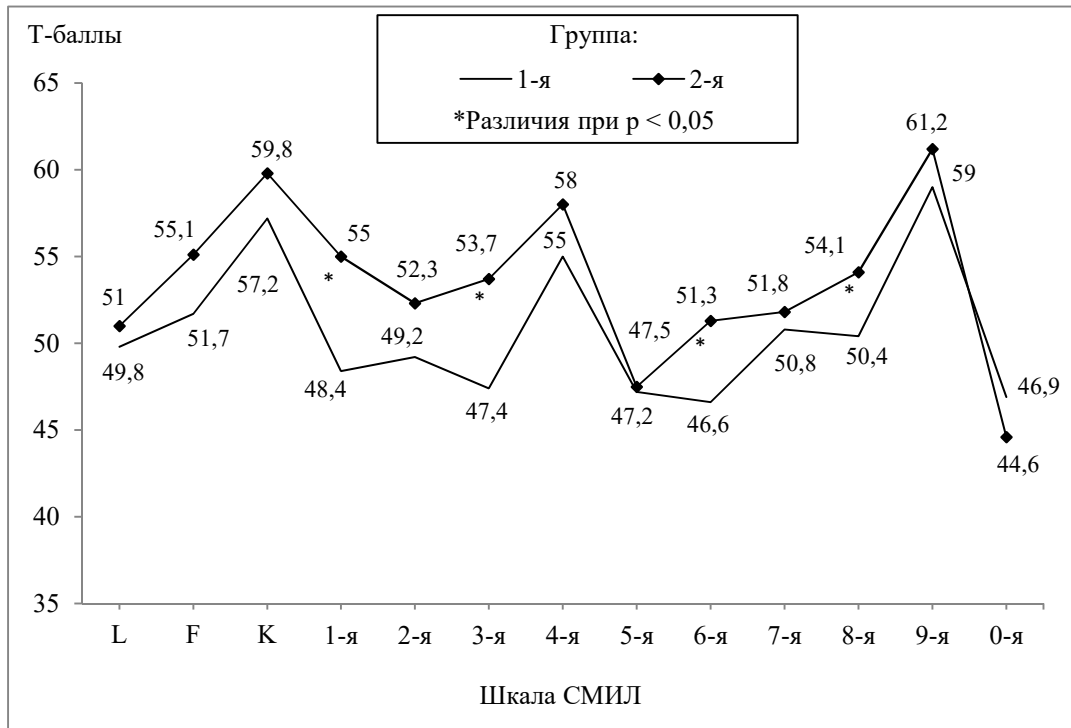


Рисунок 15 – Профили СМИЛ сотрудников ОВД с положительной и отрицательной мотивацией участия в КТО

Превалирование в профиле СМИЛ показателей 1-й шкалы над 3-й отражает такие особенности сотрудников, как уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемую декларацией гиперсоциальных установок. Высокие значения (65-70 Т-баллов) 3-й шкалы имеют 10,2 % обследованных 2-й группы, тогда как в 1-й группе таковых не обнаружено. Психологические свойства 3-й шкалы поглощают характеристики 1-й и проявляются в поведении чертами эмоциональной лабильности, демонстративности, неустойчивостью самооценки, зависимостью от окружения. Среди сотрудников ОВД с положительной мотивацией больше эмоционально устойчивых, нечувствительных к средовым воздействиям лиц: значения 3-й шкалы на уровне 30–45 Т-баллов установлены у 45 % и 31 %

комбатантов 1-й и 2-й группы соответственно. У сотрудников с негативной мотивацией участия в КТО симптомы «гиперактивации» положительно коррелируют с тревожностью (фактор О, 16-ФЛО; $r = 0,68$), отрицательно – с 1-й ($r = -0,59$) и 3-й ($r = -0,63$) шкалами СМИЛ. Регрессионный анализ подтвердил, что в 39 % случаев ($R^2 = 0,39$; $F = 12,4$; $p = 0,002$) комбатантам 2-й группы, у которых отсутствуют демонстративные черты личности (3-я шкала ≤ 45 Т-баллов), свойственны выраженные симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР:

симптомы гипервозбудимости ПТСР = $83,5 - 0,66(3\text{-я шкала СМИЛ})$.

Невротический контроль усиливается на фоне выраженных проявлений ОСР и ослабляет симптомы гиперактивации ПТСР (D). Значимое уравнение регрессии описывает 64 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,64$; $F = 10,3$; $p = 0,006$) и имеет вид: 1-я шкала СМИЛ = $80,5 - 3,1(D) + 0,9(ОСР)$.

Подъем по шкале ригидности (60-70 Т-баллов) выявлен у 15 % комбатантов 1-й и 28 % – 2-й группы. Среди отрицательно мотивированных сотрудников на 13 % больше лиц, отличающихся рациональностью и упорством, но не способных быстро действовать при внезапном изменении обстановки. Их кажущаяся стрессоустойчивость обусловлена тугоподвижностью нервных процессов и гомономностью, однако внешнее противодействие в субъективно значимой ситуации может привести агрессивному аффекту. В профиле комбатантов 2-й группы, склонных к невротическим и психосоматическим расстройствам, повышение 6-й шкалы может отражать наличие повышенной раздражительности, подавленной обиды и косвенно свидетельствовать о склонности к аллергическим реакциям, артериальной гипертензии. Гиперкомпенсаторная установка агрессивных личностей на подчеркивание своего миролюбия (6-я шкала 30-45 Т-баллов) выявлена у 39 % сотрудников 1-й группы, и у 35 % – 2-й. Вероятно, режим КТО приводит к разрядке агрессивных импульсов, которые в мирных условиях приходится сдерживать, демонстрируя социально-приемлемое поведение.

У сотрудников с негативной мотивацией участия в КТО средние значения по шкале индивидуалистичности значимо выше за счет меньшего числа рациональных, стандартно мыслящих лиц с низкой (30-40 Т-баллов) 8-й шкалой: в 1-й группе

таковых 18,2 %, а во 2-й только 3,4 %. Высокие значения 8-й шкалы (65-70 Т-баллов) выявлены у 6 % комбатантов 1-й группы и у 10,5 % – 2-й. У таких сотрудников преобладает избирательность в контактах, субъективизм в оценках окружающих, потребность в личной свободе и независимости (особенно при сочетании повышенной 8-й с ведущими 4-й и 9-й шкалами), что может затруднить их реадaptацию к мирной жизни, поскольку индивидуалистичность усугубляется при противодействии среды, проявляясь нонконформизмом, жесткостью и эгоцентризмом. В случае сочетанного подъема 6-й и 8-й шкал (≥ 75 Т-баллов) увеличивается риск агрессивного поведения.

У 43 % негативно мотивированных комбатантов и у 4 % сотрудников с положительной мотивацией участия в КТО установлены высокие баллы (8-12) по фактору G 16-ФЛО. Такие лица характеризуются как ответственные, добросовестные, следующие правилам и моральным принципам. Возможно, что у лиц с мотивами самоутверждения и ухода от проблем мирной жизни столь высокая нормативность поведения – это лишь демонстрация гиперсоциальных установок, скрывающая истинные причины их поступков. В группе комбатантов с позитивной мотивацией фактор G 16-ФЛО положительно коррелирует с симптомами «избегания» ОСР (d, $r = 0,64$). Регрессионный анализ подтверждает, что в 42 % случаев ($R^2 = 0,42$; $F = 14,9$; $p = 0,001$) сотрудники с выраженными симптомами «избегания» склонны декларировать принятие социальных норм в первый месяц по возвращении из командировки:

$$\text{фактор G 16-ФЛО} = -1,8 + 0,11(d, \text{ОСР}).$$

У 42 % комбатантов ОВД с позитивной и у 22 % – с негативной мотивацией участия в КТО выявлены низкие значения импунитивных реакций (категория М, тест Розенцвейга), свидетельствующих о повышенной чувствительности к стрессу, не позволяющей им «переждать», пока естественный ход событий разрешит фрустрирующую ситуацию. В 1-й группе 4 % сотрудников, а во 2-й – 28 % имеют высокие показатели М-категории (≥ 40 %), указывающих, с одной стороны, на их эмоциональную устойчивость, с другой – свидетельствующих о неадекватно

«легком» отношении к стрессу, попытке замаскировать свои переживания и подавленную враждебность.

Реакции с фиксацией на самозащите (категория ED, тест Розенцвейга) в обеих группах превышают норму, но у негативно мотивированных комбатантов они значимо выше (во 2-й группе таких лиц 50 %, а в 1-й группе – 29 %). Вероятно, сотрудники с эгоцентричными мотивами, склонные к уходу от решения проблем, во фрустрирующей ситуации сосредотачиваются на самозащите, поиске виноватых и не могут найти конструктивные способы поведения. Они плохо понимают групповые нормы поведения (КГА = 38,4 %) и, вероятно, испытывают затруднения в социальной адаптации. Положительно мотивированные сотрудники ОВД обладают более высокой групповой сплоченностью (КГА = 48,3 %), они адаптированы к своей профессиональной группе и более успешны в условиях боевой обстановки.

33 % комбатантов с отрицательной мотивацией участия в КТО свойственен страх перед агрессией окружающих (высокие значения категории F, Hand-тест), в 1-й группе таковых только 4,3 %. Вероятно, отсутствие страха и уверенность в способности справиться с ответным ударом противника связаны с высокой групповой сплоченностью, подготовленностью к экстремальным условиям и осознанием социальной значимости своей деятельности положительно мотивированных сотрудников ОВД (F-категория отрицательно коррелирует с уровнем образования, $r = -0,57$). В отличие от них, комбатанты 2-й группы видят свое участие в КТО с эгоцентрических позиций (самоутверждение в свете «ореола героя» и «крутого парня»). Следовательно, они подсознательно боятся за свою жизнь, и «лезть под пули» не входит в их планы. При этом лица, «убегающие» на войну от проблем мирной жизни, тем более не способны адекватно противостоять экстремальным ситуациям боевой обстановки, которые вызывают у них чувство страха и защитные реакции.

Комбатантам с позитивной мотивацией свойственна высокая степень энергетического потенциала, физической и психологической активности (общая сумма ответов 28), а для лиц с негативной мотивацией – средняя психологическая активность (сумма ответов 23). Удельный вес безличных ответов (категории Act +

Pas, в норме 35 % от числа всех ответов) составляет во 2-й группе 27,6 % и отражает свойственную этим лицам повышенную восприимчивость и чувствительность в межличностных отношениях, стремление избегать активной деятельности (рисунок 16).

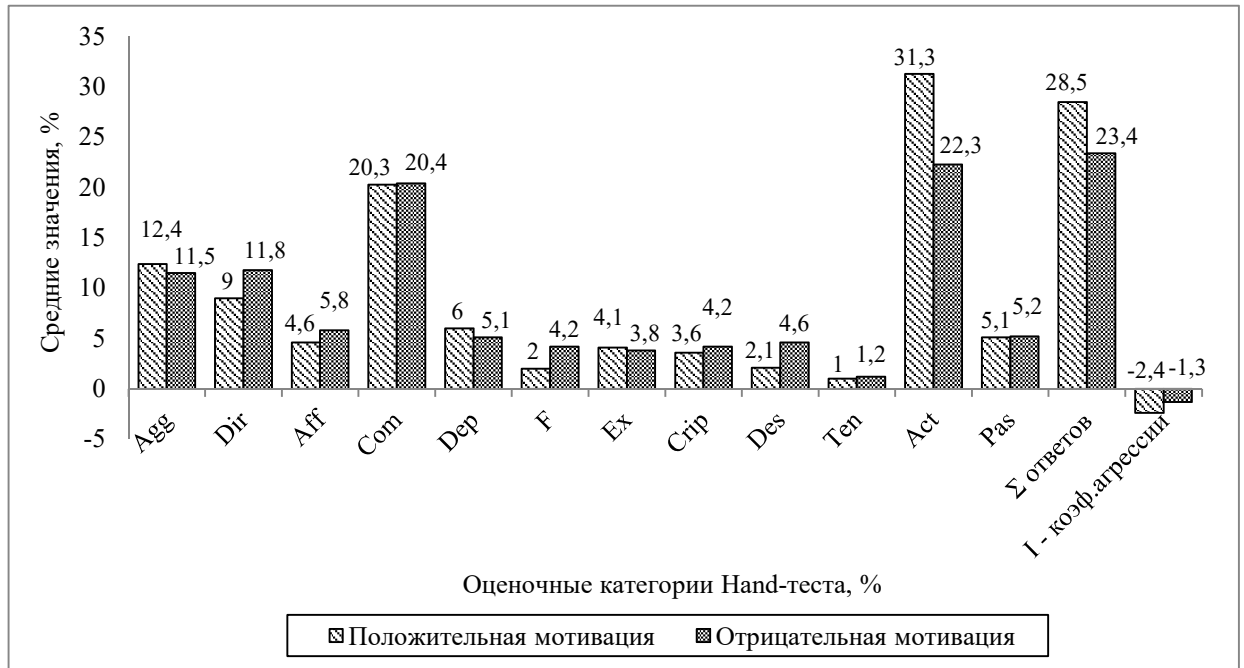


Рисунок 16 – Оценочные категории Hand-теста сотрудников ОВД с положительной и отрицательной мотивацией участия в КТО

Корреляционный анализ позволил установить, что пассивные, безынициативные сотрудники с негативной мотивацией (Σ ответов, Hand-тест) избегают ответственности, надеясь, что со временем их проблемы самопроизвольно разрешатся (М-реакции, тест Розенцвейга; $r = -0,62$), а лица, склонные к физической агрессии (категория Agg, Hand-тест), испытывают сложности групповой адаптации (КГА, тест Розенцвейга; $r = -0,69$) и имеют выраженные симптомы диссоциации ОСР (b , $r = 0,64$). С вероятностью 60 % ($R^2 = 0,60$; $F = 12,8$; $p = 0,006$) можно утверждать, что импунитивные реакции характерны для пассивных и неконформных личностей, не ищущих поддержки у сослуживцев (категория Dep, Hand-тест):

$$\text{М-реакции} = 47,7 - 0,7(\text{сумма ответов, психическая активность}) - 0,8(\text{Dep}).$$

Уравнение регрессии, описывающее 61 % дисперсии ($R^2 = 0,61$; $F = 11$; $p = 0,02$) подтверждает, что социальная адаптация выше у активных комбатантов 2-й

группы, не склонных к проявлению открытого агрессивного поведения (категория Agg, Hand-тест):

$$\text{КГА} = 36,4 - 0,75(\text{Agg}) + 0,45(\text{сумма ответов, психическая активность}).$$

У сотрудников 2-й группы, отличающихся подозрительностью, настороженностью и нонконформизмом (фактор L, 16-ФЛО) выше уровень симптомов «избегания» (В, $r = 0,75$), депрессии (depress, $r = 0,77$), ОСР ($r = 0,73$) и ПТСР ($r = 0,72$), а симптомы гиперактивации ($r = 0,68$), дистресса ($r = 0,83$) ярче проявляются у интровертированных (0-шкала СМИЛ; $r = 0,67$) и тревожных личностей (фактор О, 16-ФЛО; $r = 0,73$). Значимое регрессионное уравнение описывает 69 % дисперсии ($R^2 = 0,69$; $F = 27,6$; $p = 0,0001$) и имеет вид: L-фактор 16-ФЛО = $-4,1 + 0,21(f, \text{дистресс})$. В 24 % случаев ($R^2 = 0,24$; $F = 5,9$; $p = 0,02$) интровертированность личности является predisposition выраженной депрессии:

$$\text{depress} = 11,5 + 0,7(0\text{-я шкала СМИЛ}).$$

У комбатантов с негативной мотивацией участия в КТО ($R^2 = 0,74$; $F = 12,8$; $p = 0,001$) предикторами симптомов гиперактивности ПТСР (D) являются настороженность к людям (фактор L, 16-ФЛО), тревожность и чувство вины (фактор О, 16-ФЛО):

$$D = 21,9 + 3,4(\text{фактор О, 16-ФЛО}) + 2,8(\text{фактор L}).$$

В то же время симптомы ПТСР ($r = -0,71$) усиливают замкнутость, обособленность и отчужденность (фактор А, 16-ФЛО). Регрессионное уравнение описывает 51 % дисперсии ($R^2 = 0,51$; $F = 12,5$; $p = 0,004$) и имеет вид:

$$\text{А-фактор 16-ФЛО} = 15,2 - 0,2(\text{ПТСР}).$$

У сотрудников с прогностически благоприятной мотивацией тревожность (фактор О, 16-ФЛО; $r = 0,58$) положительно коррелирует с симптомами ПТСР ($r = 0,60$), «вторжения» ($r = 0,63$) и гиперактивации ($r = 0,62$). Значимое уравнение регрессии описывает 40 % дисперсии ($R^2 = 0,4$; $F = 13,7$; $p = 0,001$) и имеет вид:

$$\text{фактор О} = -3,3 + 0,37(\text{В, симптомы «вторжения» ПТСР}).$$

С увеличением длительности пребывания в зоне КТО положительно мотивированные сотрудники ОВД приобретают способность к быстрому решению

практических задач (фактор М, 16-ФЛО; $r = -0,77$), что в 59 % случаев подтверждается регрессионным уравнением ($R^2 = 0,59$; $F = 30,5$; $p = 0,0001$):

фактор М, 16-ФЛО = $6,5 - 0,02(\text{длительность спецкомандировок, сутки})$.

Таким образом, мотивация, как интегрированное смысловое образование, отражающее субъективное отношение личности к целям опасной для жизни деятельности, является одним из ведущих факторов, определяющих характер психологических и соматических последствий участия в боевых действиях.

У сотрудников ОВД с прогностически благоприятной мотивацией участия в КТО развивается больше негативных соматических последствий: в течение 1 года после спецкомандировки они заболевают в 1,5 раза чаще ($2,5 \pm 1,9$ случаев/год) и имеют тенденцию утрачивать трудоспособность на более длительный срок ($28,8 \pm 28,9$ сут./год), чем сотрудники ОВД с негативной мотивацией, однако среди них в 2 раза больше лиц, у которых адаптация к боевым условиям не затрагивает соматический уровень (6,6 % и 3,3 % соответственно). Длительнее болеют лица с выраженными симптомами ОСП (вероятность 52 %), а чаще утрачивают трудоспособность импульсивные, зависимые и социально пассивные комбатанты (вероятность 55 %). Сотрудники ОВД с негативной мотивацией участия в КТО, в среднем, утрачивают трудоспособность $1,7 \pm 1,1$ раз/год на период $23,3 \pm 17,4$ сут./год. При этом чаще заболевают лица с низкой нормативностью поведения (43 % дисперсии), а прямолинейные и бесцеремонные (49 % дисперсии) болеют дольше.

Положительно мотивированные комбатанты имеют меньше негативных и больше позитивных психологических последствий участия в КТО: у них выше эмоциональная устойчивость, групповая сплоченность и социальная адаптация, физическая и психическая активность, способность к рациональному и быстрому решению практических задач (59 % дисперсии), ниже индивидуалистичность, уровень невротических и ригидных проявлений.

У сотрудников ОВД с прогностически неблагоприятной мотивацией участия в КТО развивается больше негативных психологических последствий: у них выше уровень невротического контроля (который с 64 % вероятностью усиливается на фоне ОСП), эмоциональной лабильности, ригидности, индивидуалистич-

ности, страха перед агрессией окружающих, фрустрационных реакций с фиксацией на самозащите, ниже физическая и психологическая активность, затруднена адаптация в социальной (профессиональной) группе. В 74 % случаев предикторами выраженных симптомов гипервозбудимости ПТСР являются подозрительность, эгоцентричность, тревожность и чувство вины, импунитивных реакций (скрывающих подавленную враждебность) – пассивность и неконформность (60 % случаев), депрессии – интровертированность (24 % дисперсии). При этом дистресс усиливает подозрительность и недоверчивость к окружающим (69 % дисперсии), а симптомы ПТСР – замкнутость (51 %) негативно мотивированных комбатантов.

Отсутствие привязанностей, жизненной перспективы, уход от личных проблем являются наиболее опасными мотивами к экстремальной деятельности, так как усугубляют психологический дискомфорт, снижают адаптивные возможности и толерантность организма, и могут приводить к нерациональным стратегиям поведения, которые в боевых условиях служат фактором риска утраты здоровья и жизни (не только своей, но и сослуживцев). Следовательно, в зону вооруженных конфликтов желательно направлять сотрудников, имеющих позитивную мотивацию к деятельности в экстремальных условиях. При планировании и проведении медико-психологических реабилитационных мероприятий, необходимо обращать особое внимание на категорию негативно мотивированных комбатантов ОВД, а также учитывать, что в группу риска развития симптомов ОСР и ПТСР относятся интровертированные и тревожные личности, вне зависимости от вектора их мотивационной направленности.

4.3.2 Подготовленность к действиям в боевых условиях и ее влияние на выраженность психологических последствий

Гипотеза исследования: степень предварительной подготовленности к действиям в условиях режима КТО влияет на характер психологических последствий, вследствие этого бойцы ОМОН имеют меньше негативных изменений, чем сотрудники сводного отряда ОВД.

Объект исследования составили специалисты МВД – участники КТО на территории Чеченской Республики:

1-я группа (численностью $n_1 = 108$) – сотрудники сводного отряда ОВД в возрасте ($29,5 \pm 6,4$) лет, число командировок в зону вооруженного конфликта ($1,4 \pm 0,6$), длительность пребывания в зоне КТО ($143,9 \pm 78,5$) суток;

2-я группа ($n_2 = 112$) – бойцы ОМОН в возрасте ($28,2 \pm 4,3$) лет, число спецкомандировок ($4,3 \pm 2,5$), длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта ($302,9 \pm 152,9$) суток.

Для изучения психологических последствий участия в КТО использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], 16-ФЛО Р. Кеттелла (форма С) [140], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164].

Для оценки достоверности различий независимых выборок применялись U-критерий (Манна-Уитни), t-критерий Стьюдента ($p \leq 0,05$). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения (по λ -критерию Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (по критерию Ливеня). Взаимосвязи переменных изучались с помощью корреляционного (коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha=0,01$) и множественного регрессионного анализа (шаговый отбор), с учетом статистической значимости коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионных коэффициентов и их статистической значимости (по t-критерию Стьюдента) [249]. Результаты значимых отличий психологических особенностей двух групп представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО сотрудников сводного отряда ОВД и бойцов ОМОН

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	комбатанты ОВД	комбатанты ОМОН	
Число командировок	1,4 ± 0,6	4,3 ± 2,5	0,001
Длительность командировок	143,9 ± 78,5	302,9 ± 152,9	0,001
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	51,0 ± 10,3	56,2 ± 11,4	0,001
F (достоверность)	52,7 ± 9,7	55,3 ± 7,4	0,03
K (коррекция)	58,5 ± 9,3	62,6 ± 8,3	0,002
5-я (мужественность – женственность)	45,3 ± 10,1	52,4 ± 7,7	0,001
7-я (тревожность)	50,4 ± 7,3	52,5 ± 7,0	0,05
8-я (индивидуалистичность)	51,7 ± 9,7	55,3 ± 8,7	0,01
16-ФЛО, фактор, балл			
B (низкий – высокий интеллект)	3,7 ± 1,7	6,4 ± 2,0	0,002
C (эмоциональная лабильность – стабильность)	5,9 ± 2,0	7,7 ± 1,7	0,001
E (подчиненность – доминантность)	6,6 ± 1,2	5,0 ± 1,6	0,001
F (сдержанность – экспрессивность)	5,6 ± 1,6	6,6 ± 1,5	0,001
G (низкая – высокая нормативность поведения)	5,1 ± 2,2	7,0 ± 1,5	0,004
H (робость – смелость)	6,5 ± 1,5	7,4 ± 1,8	0,01
M (практичность – мечтательность)	3,8 ± 1,5	4,3 ± 1,7	0,05
N (наивность – проницательность)	5,2 ± 1,7	6,7 ± 1,8	0,006
Q ₁ (консерватизм – радикализм)	3,6 ± 1,6	4,7 ± 1,8	0,001
Q ₃ (низкий – высокий самоконтроль)	3,5 ± 1,8	8,6 ± 1,4	0,001
Тест М. Люшера, цвет, ед.			
Фиолетовый (5)	10,7 ± 3,1	8,5 ± 3,6	0,001
Коричневый (6)	4,3 ± 3,3	6,8 ± 3,1	0,001
Черный (7)	3,2 ± 4,1	1,0 ± 2,0	0,001
Психическое напряжение (ПН)	-3,2 ± 2,4	-1,0 ± 2,5	0,001
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	48,8 ± 9,2	54,0 ± 10,6	0,002
Ag (агравация)	51,3 ± 9,7	46,6 ± 9,4	0,004
Di (диссимуляция)	48,7 ± 8,6	51,6 ± 9,3	0,05
B (симптомы «вторжения»)	50,4 ± 10,7	43,0 ± 9,7	0,001
C (симптомы «избегания»)	51,6 ± 9,5	42,0 ± 9,1	0,001
D (симптомы «гиперактивации»)	50,1 ± 9,5	41,7 ± 9,8	0,001
F (дистресс)	49,9 ± 9,3	41,7 ± 8,3	0,001
ПТСР	50,4 ± 9,8	41,4 ± 9,4	0,001
depress (симптомы депрессии)	46,8 ± 8,9	38,8 ± 7,5	0,001
b (симптомы диссоциации)	49,1 ± 9,6	42,6 ± 7,5	0,001
c (симптомы «вторжения»)	50,7 ± 10,6	42,8 ± 9,9	0,001
d (симптомы «избегания»)	52,4 ± 11,2	45,3 ± 10,3	0,001
e (симптомы «гиперактивации»)	49,7 ± 9,8	41,5 ± 9,9	0,001
f (дистресс)	50,1 ± 9,8	41,7 ± 8,5	0,001
ОСР	50,0 ± 10,2	41,5 ± 9,2	0,001

30 % бойцов ОМОН дважды командировались в Чеченскую республику, 30 % – 4 раза, 21 % – 6 раз, 13 % – 8 раз и 6 % – более 10 раз. 69 % сотрудников ОВД один раз выполняли боевые задачи в зоне вооруженного конфликта, 28 % – 2 раза и 3 % – 3 раза. Суммарная длительность пребывания в зоне КТО составила: 100 суток – у 15 % комбатантов ОМОН, 150-250 суток – у 33 %, 300-500 суток – у 42 %, и более 500 суток – у 10 %. 50 % сотрудников ОВД находились в спецкомандировке от 60 до 100 суток, 45 % – 150-250 суток и 5 % – более 350 суток.

Усредненные профили СМИЛ комбатантов ОВД и ОМОН находятся в нормативном диапазоне (45-65 Т-баллов), отражают стенический тип реагирования (ведущие 4-я и 9-я шкалы) с подъемом по шкале коррекции (рисунок 17).

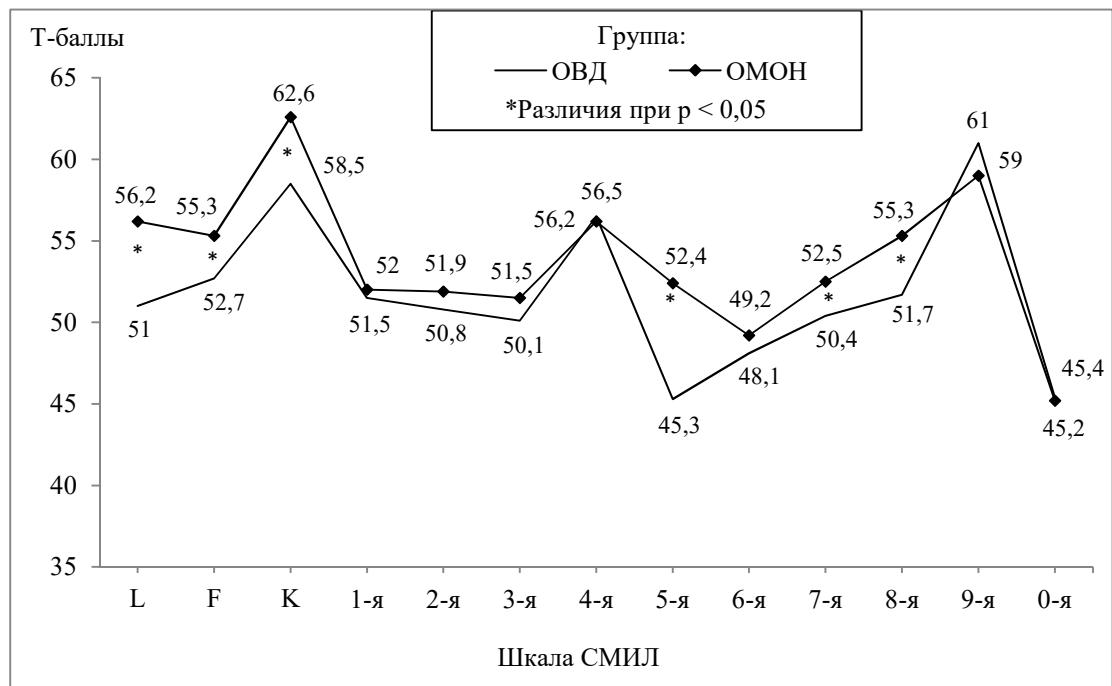


Рисунок 17 – Профили СМИЛ комбатантов ОВД и ОМОН

Бойцы ОМОН чаще, чем сотрудники ОВД, склонны представлять себя в выгодном свете, подчеркивая соблюдение общепринятых норм (шкала L). Во 2-й группе на 20 % больше лиц, со значениями шкалы L на уровне 65-70 Т-баллов, пытающихся скрыть эмоциональную напряженность и неконформность установок. 20 % сотрудников ОВД и 32 % бойцов ОМОН предрасположены отрицать психологические проблемы и затруднения самоконтроля поведения (шкала K \geq 60 Т-баллов). При этом значения по шкалам коррекции ($r = 0,45$) и лжи ($r = 0,33$) выше

у эмоционально устойчивых, уверенных в себе (фактор С, 16-ФЛЮ) комбатантов ОМОН. Возможно, что подъем шкал достоверности в профиле СМИЛ объясняется привычной демонстрацией социально одобряемого поведения в условиях неоднократного медико-психологического освидетельствования годности к службе после возвращения из района проведения КТО, стремлением скрыть признаки, как соматических, так и психологических расстройств, демонстрируя высокую активность, оптимизм и социальность.

В профилях обеих групп значения по 5-й шкале находятся в нормативном диапазоне (до 50 Т-баллов), что свидетельствует о мужественности, жесткости характера и типично мужском стиле поведения данных личностей, однако значения на уровне 55-70 Т-баллов имеют 23,4 % сотрудников ОВД и 53,4 % бойцов ОМОН. Повышение 5-й шкалы в профиле молодых мужчин, вероятно, связано с несколькими причинами. Во-первых, выбор опасной мужской профессии сенситивными лицами с чертами инфантилизма носит гиперкомпенсаторный характер, поскольку служебная деятельность создает у них ощущение «защищенности», стабильной и безопасной социальной ниши в мирное время, а также служит почвой для самоутверждения. Во-вторых, в условиях исполнения приказов и групповой деятельности отряда отсутствует инициатива в выборе собственной линии поведения, а также снижается персональная ответственность, кроме того, в ситуации смертельной опасности, психического перенапряжения и сексуальной депривации происходит снижение либидо, что также может отразиться в повышении 5-й шкалы. В-третьих, в зрелом возрасте подъем 5-й шкалы (несмотря на повышенные шкалы стенического регистра), вероятно, отражает склонность сдерживать агрессивные эмоции и сглаживать конфликтные ситуации. Регрессионный анализ позволил установить, что значения 5-й шкалы выше у комбатантов ОВД, выезжавших в район проведения КТО несколько раз (частота спецкомандировок – ЧК), на короткий период (длительность спецкомандировок, сутки – ДК) и давно (длительность периода реадaptации к мирной жизни, сутки – ПРА). Значимое уравнение регрессии описывает 25 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,25$; $F = 8,9$; $p = 0,0001$) и имеет вид:

$$5\text{-я шкала СМЛ} = 40,6 + 5,1(\text{ЧК}) - 0,03(\text{ДК}) + 0,004(\text{ПРА}).$$

Достоверные различия по 7-й шкале, видимо, связаны с тем, что среди бойцов ОМОН на 8 % больше осторожных, чувствительных к опасности лиц (7-я шкала на уровне 60-68 Т-баллов), ситуативная тревожность которых обусловлена длительной перманентной психотравматизацией и имеет защитно-адаптивный характер. Сочетанный подъем 4-й и 7-й шкал, в большей степени выраженный в профиле СМИЛ 2-й группы, отражает смешанный тип реагирования, при котором внутренний конфликт разнонаправленных тенденций может послужить основой формирования пограничных синдромов (аффективного и невротического уровней) или психосоматического варианта дезадаптации.

Высокие значения по шкале индивидуалистичности (≥ 60 Т-баллов) выявлены у 39 % бойцов ОМОН и 22 % комбатантов ОВД, отличающихся избирательностью контактов, субъективизмом оценок, независимостью взглядов, своеобразием интересов, эмоциональной отстраненностью от окружающего. Сочетание повышенной 8-й с ведущими шкалами стенического регистра (4-й, 9-й) может усилить проявления дезадаптации в виде подчеркнутого нонконформизма, жесткости и эгоцентризма. Сочетанный подъем 8-й и 7-й шкал, наблюдаемый во 2-й группе, вероятно, свидетельствует об актуализации защитных механизмов (интеллектуальная трансформация тревоги, ограничительное поведение) вследствие астенизации длительным стрессом.

У 45,4 % сотрудников ОВД и 78 % бойцов ОМОН установлены высокие баллы (8-12) по фактору F 16-ФЛО. Они характеризуются как активные, оптимистичные, экспрессивные, способные эмоционально лидировать в группе, легко и беспечно воспринимающие жизнь и мало заботящиеся о будущем. Низкие баллы (0-5) по F-фактору, свидетельствующие об эмоциональной сдержанности и рассудительности, имеют 7,6 % бойцов ОМОН и 18,2 % комбатантов ОВД.

Фактор Н 16-ФЛО имеет генетическое происхождение и отражает особенности темперамента. Высокие значения (7-12 баллов) выявленные у 55 % сотрудников ОВД и у 68 % бойцов ОМОН, указывают на их смелость, решительность, активность и стремление к риску. Такие качества повышают успешность деятельности и способность противодействовать усталости в экстремальной обстановке.

Низкие баллы (0-5) по Н-фактору у 20,5 % комбатантов ОВД и 5 % бойцов ОМОН, вероятно, свидетельствуют о наличии осторожности, чувствительности к угрозе, низкой активности в социальных контактах. Перечисленные свойства более выражены у интровертированных (0-я шкала СМИЛ, $r = -0,65$) комбатантов обеих групп, а у бойцов ОМОН усиливаются с возрастом ($r = -0,35$), что подтверждается регрессионным уравнением ($R^2=0,12$; $F=15,3$; $p=0,0001$):

$$\text{фактор Н 16-ФЛО} = 11,7 - 0,16(\text{возраст}).$$

Среди комбатантов ОВД повышенная чувствительность симпатической нервной системы к опасности (фактор Н 16-ФЛО) для 37 % дисперсии ($R^2=0,37$; $F=87,5$; $p=0,0001$) является предиктором социальной интроверсии: 0-я шкала СМИЛ = $63,8 - 2,5$ (Н-фактор 16-ФЛО), а в группе ОМОН 44 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,44$; $F = 85,6$; $p = 0,0001$) описывается регрессионным уравнением: 0-я шкала СМИЛ = $61,9 - 2,3$ (Н-фактор 16-ФЛО).

Фактор Е 16-ФЛО характеризует мягкость, уступчивость, подчиненность в противоположность лидерским качествам и повышается в условиях активной деятельности, требующей ответственности. В 1-й группе 23 % лиц, а во 2-й – 4,8 % комбатантов свойственна авторитарность, независимость и энергичность (фактор Е на уровне 8-12 баллов). 42 % бойцов ОМОН и 2,3 % сотрудников ОВД отличаются конформностью, инертностью, пассивным подчинением обязанностям (фактор Е 0-5 баллов). Регрессионный анализ позволил установить, что в 18 % случаев доминантность свойственна эмоционально устойчивым (3-я шкала СМИЛ), экстравертированным (0-я шкала), импульсивным (4-я шкала) и ригидным (6-я шкала) бойцам ОМОН ($R^2=0,18$; $F=5,9$; $p=0,0001$):

$$\text{фактор Е} = 7,7 - 0,09(3\text{-я шк.}) - 0,08(0\text{-я шк.}) + 0,05(4\text{-я шк.}) + 0,05(6\text{-я шк.}).$$

Высокие баллы (8-12) по фактору G 16-ФЛО, выявленные у 23 % комбатантов 1-й группы и у 36 % – 2-й, характеризуют их как личностей, отличающихся высокой нормативностью поведения и группового сотрудничества, хорошим самоконтролем, ответственностью и аккуратностью, необходимыми в боевой деятельности отряда. При этом среди сотрудников ОВД, по сравнению с бойцами ОМОН, на 33 % больше лиц, отличающихся низкой нормативностью поведения (G-фактор

на уровне 0-5 баллов): 47,7 % и 14,4 % соответственно.

Высокие значения (7-12 баллов) по фактору N 16-ФЛО в группе ОВД имеют 20,5 % комбатантов, а в группе ОМОН – 52,4 % бойцов. Они отличаются тактическим мастерством общения, дипломатичностью, проницательностью, способностью точно анализировать сложную ситуацию в процессе принятия группового решения. Сотрудники с низкими оценками (1-4 балла) по фактору N отрицательно влияют на эффективность деятельности группы, проявляя прямолинейность в общении, недостаточную дисциплинированность и планомерность действий: в 1-й группе таковых 34 %, а во 2-й – 10 %.

Фактор С 16-ФЛО характеризует эмоциональную зрелость личности и ее способность регулировать эмоции. 30 % комбатантов ОВД и 78 % бойцов ОМОН отличаются эмоциональной стабильностью, выдержанностью, спокойствием (С-фактор на уровне 8-12 баллов). Для 43 % сотрудников 1-й и 10,5 % – 2-й группы характерна эмоциональная лабильность (С-фактор 0-5 баллов), которая усиливается с возрастом ($r = -0,32$) и более выражена у ригидных (6-я шкала СМИЛ, $r = -0,36$), интровертированных (0-я шкала СМИЛ, $r = -0,34$) бойцов ОМОН, что подтверждается регрессионным уравнением ($R^2=0,19$; $F=12,7$; $p=0,0001$):

$$\text{фактор С 16-ФЛО} = 14,4 - 0,09(\text{6-я шкала}) - 0,06(\text{0-я шкала}).$$

Несмотря на то, что между группами выявлены достоверные различия по фактору В 16-ФЛО, следует учитывать, что он не измеряет интеллект обследуемых, а лишь дает ориентировочное представление об оперативности мышления. В группе ОМОН, по сравнению с ОВД, на 60 % больше лиц, отличающихся сообразительностью: 83 % и 23 % соответственно. Низкие значения (0-3 балла) по В-фактору (у 50 % комбатантов ОВД и 5 % бойцов ОМОН) могут быть обусловлены, как невысоким уровнем вербальной культуры, так и эмоциональной дезорганизацией мышления вследствие фрустрированности личности.

Фактор М 16-ФЛО характеризует особенности воображения. Высокие показатели (7-12 баллов) выявлены у 16 % комбатантов из числа сводного отряда ОВД и у 28,5 % бойцов ОМОН. Они ориентированы на свой внутренний мир, склонны вытеснять из сознания травматические переживания, заменяя их фантазиями. Низ-

кие оценки (0-5 баллов) по М-фактору имеют 58 % бойцов ОМОН и 70 % сотрудников ОВД, которые отличаются практичностью, прозаичностью, конкретным воображением, но недостаточной находчивостью в экстремальных ситуациях.

Высокие баллы (8-12) по фактору Q₁ 16-ФЛО установлены у 6,8 % сотрудников ОВД и 16,2 % комбатантов ОМОН. Они способны найти новое решение в трудных ситуациях, поскольку обладают креативным мышлением и независимостью взглядов. При этом консервативных, ориентированных на конкретную деятельность сотрудников (оценки по Q₁-фактору на уровне 0-5 баллов) в группе ОВД насчитывается 70,5 %, а среди бойцов ОМОН – 48,7 %.

Для прогноза успешности деятельности в экстремальных условиях одним из наиболее важных является фактор Q₃ 16-ФЛО, поскольку измеряет уровень волевого самоконтроля эмоций и поведения, степень интегрированности личности. Высокие баллы (8-12) имеют 79 % комбатантов ОМОН и лишь 4,5 % лиц из числа сводного отряда ОВД. Они отличаются сильной волей, уравновешенностью, решительностью, упорством и организованностью. При этом недисциплинированных, подвластных настроению импульсивных личностей (1-4 балла по фактору Q₃) в 1-й группе насчитывается 73 %, а во 2-й только 2 %. Низкий самоконтроль характерен для интровертированных (0-я шкала СМИЛ, $r = -0,30$) и ригидных бойцов ОМОН, что подтверждается в 15 % случаев ($R^2=0,15$; $F=9,9$; $p=0,001$) регрессионным уравнением:

$$\text{фактор } Q_3 \text{ 16-ФЛО} = 13,8 - 0,05(6\text{-я шкала}) - 0,06(0\text{-я шкала}).$$

Импульсивные комбатанты ОВД (4-я шкала, $r = -0,42$) также отличаются неумением контролировать эмоции и поведение. Уравнением регрессии описывается 16 % дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,16$; $F=7,7$; $p=0,008$):

$$\text{фактор } Q_3 \text{ 16-ФЛО} = 13,8 - 0,05(4\text{-я шкала}).$$

При сравнении групповых выборов предпочитаемых цветов по тесту М.Люшера, была обнаружена различная последовательность цветового ряда, близкая к аутогенной норме: в 1-й группе – 5, 2, 3, 4, 1, 0, 6, 7; во 2-й группе – 2, 4, 5, 3, 1, 6, 0, 7 (рисунок 18).

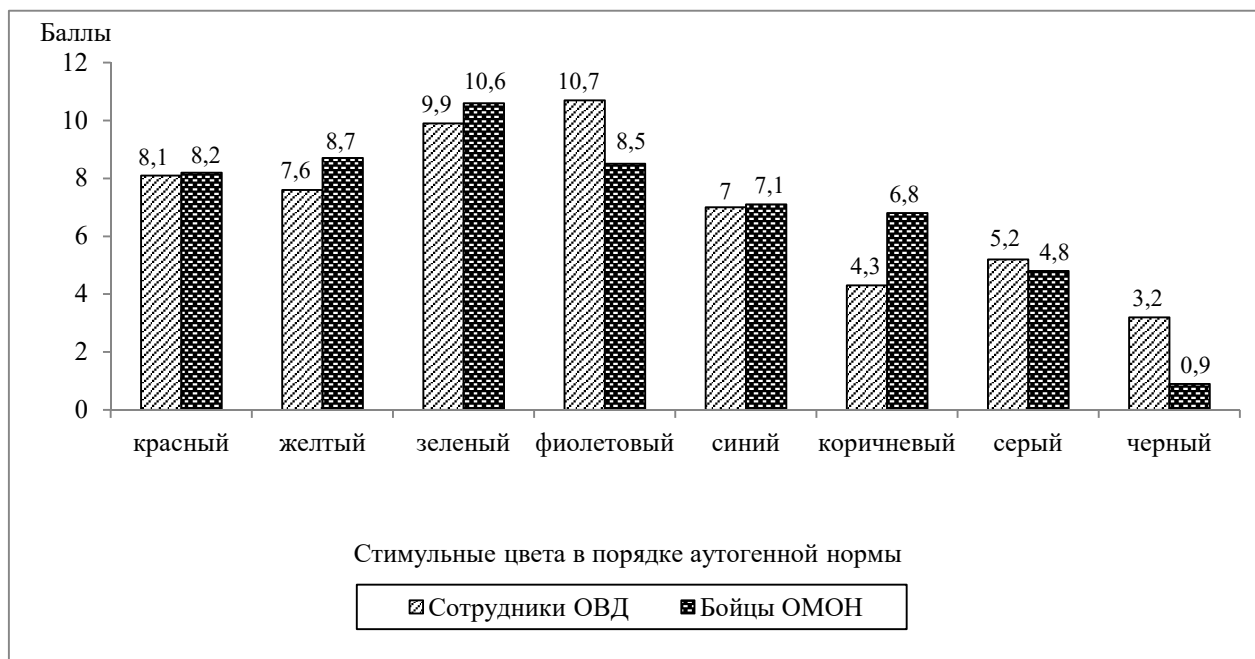


Рисунок 18 – Цветовые предпочтения участников боевых действий:
сотрудников ОВД и бойцов ОМОН

В обеих группах близость зеленого цвета к началу ряда интерпретируется как сосредоточенность на деятельности, на фоне волевого самоконтроля и эмоциональной уравновешенности. Однако комбатанты ОВД предпочитают фиолетовый цвет в 50 % случаев, а бойцы ОМОН – в 26,2 %, что, согласно принятой интерпретации, расценивается как «уход от реальности» (возможно, связанный с защитной реакцией на воздействие психотравмирующих факторов), когда из сознания вытесняется объективная ситуация, а мечтания заменяют конструктивный способ решения проблем. Отвергают фиолетовый цвет 8,4 % лиц из группы ОМОН и 2 % из числа сотрудников ОВД, что говорит об их эмоциональной сдержанности, рациональности и практичности. 5 % комбатантов ОВД симпатизируют черному цвету, что свидетельствует о психической напряженности и переутомлении данных лиц, склонности к немотивированной агрессивности, обидчивости, обвинительной самозащите. 3 % комбатантов ОВД и 11 % бойцов ОМОН предпочитают коричневый цвет, который отражает состояние переутомления, психофизического истощения, сопровождающееся тревогой и беспокойством. Стремление не замечать дискомфорт, усталость, подавлять в себе потребность в комфорте и удовольствиях харак-

терно для 40 % сотрудников ОВД и 8 % бойцов ОМОН, отвергающих коричневый цвет. В 1-й группе у 50 % комбатантов, во 2-й группе у 13 % лиц не выявлены признаки психического напряжения, но у 11 % бойцов ОМОН установлен повышенный уровень ПН (см. таблицу 24).

Усредненные профили ОТС (рисунок 19) в обеих группах не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 40-55 Т-баллов, с ведущими пиками по шкалам «вторжения», «избегания» и с низкими значениями по шкале «депрессии». Однако среди бойцов ОМОН на 10 % больше лиц, стремящихся скрыть признаки расстройств (шкалы лжи и диссимуляции 65-75 Т-баллов), а среди комбатантов ОВД на 7 % больше сотрудников, подчеркивающих тяжесть своего состояния (шкала аггравации).

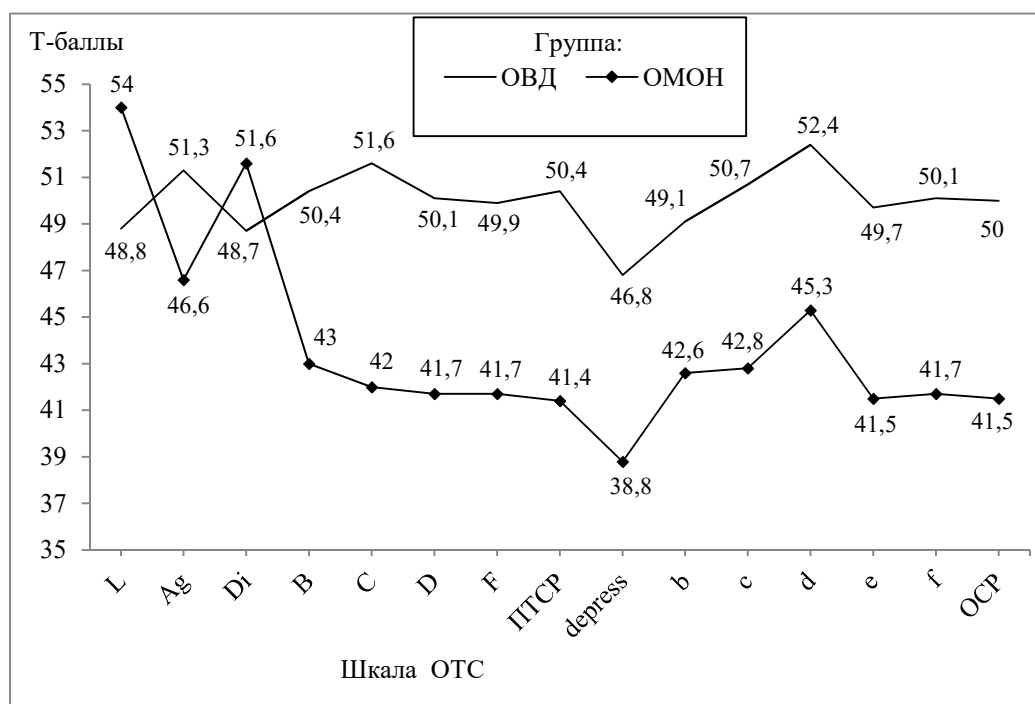


Рисунок 19 – Профили ОТС сотрудников ОВД и ОМОН – участников боевых действий

На момент обследования 15 % сотрудников ОВД имели ярко выраженные (65-70 Т-баллов) симптомы «вторжения», 11,7 % – симптомы «избегания», 10 % – гиперактивации, 8,3 % – диссоциации и 6,7 % – дистресса и депрессии. Среди бойцов ОМОН высокие значения (65-70 Т-баллов) симптомов «вторжения» выявлены у 4,6 % лиц, гиперактивности – у 2,3 %, симптомов диссоциации, «избегания»,

дистресса и депрессии – у 1 %. При этом у ригидных (6-я шкала СМИЛ, $r = 0,34$), гипоземотивных (3-я шкала СМИЛ, $r = 0,34$) комбатантов, у которых отсутствуют демонстративные черты личности симптомы «гиперактивации» ($r = 0,44$), «вторжения» ($r = 0,32$), ОСР и ПТСР ($r = 0,40$) проявляются сильнее. В группе ОМОН 15 % дисперсии ($R^2=0,15$; $F=6,2$; $p=0,001$) симптомов физиологической гипервозбудимости (D) ПТСР описывается регрессионным уравнением:

$$D \text{ (ПТСР)} = 44,3 + 0,4(\text{6-я шкала СМИЛ}) - 0,4(\text{3-я шкала СМИЛ}).$$

В группе комбатантов ОВД в 15 % случаев ($R^2=0,15$; $F=11,4$; $p=0,001$) у лиц с акцентуацией по истероидному типу менее выражены симптомы «гиперактивации» ПТСР: $D = 74,7 - 0,5$ (3-я шкала СМИЛ). С вероятностью 23 % ($R^2=0,23$; $F=6,5$; $p=0,009$) можно предполагать, что симптомы «избегания» (С) характерны для эмоционально лабильных (фактор С 16-ФЛО), эгоцентричных и подозрительных личностей (фактор L 16-ФЛО):

$$\text{симптомы С (ПТСР)} = 52,1 - 1,8(\text{фактор С 16-ФЛО}) + 1,5(\text{фактор L 16-ФЛО}).$$

У бойцов ОМОН эмоциональная устойчивость (фактор С 16-ФЛО) является предиктором отсутствия симптомов «гипервозбудимости» ($r = -0,36$), «избегания» ($r = -0,30$) и депрессии ($r = -0,32$) ПТСР, что в 10 % случаев ($R^2=0,10$; $F=12,9$; $p=0,001$) подтверждается регрессионным уравнением:

$$D \text{ (ПТСР)} = 55,7 - 1,7(\text{фактор С 16-ФЛО}).$$

Н-фактор 16-ФЛО отрицательно взаимосвязан с уровнем дистресса ($r = -0,40$), ОСР, ПТСР ($r = -0,36$), симптомами «гиперактивации» ($r = -0,34$) и «вторжения» ($r = -0,30$). Вероятно, лица, обладающие гипервозбудимой симпатической нервной системой, повышено чувствительны к стрессу и склонны к развитию постстрессовых расстройств. Значимое уравнение регрессии описывает 10 % дисперсии ($R^2=0,10$; $F=7,5$; $p=0,007$) зависимой переменной: ПТСР, ОСР = $51,0 - 1,2$ (фактор Н 16-ФЛО).

Симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (D) в 15 % случаев ($R^2=0,15$; $F=18,7$; $p=0,0001$) усиливает фрустрационная тревожность личности (фактор Q₄ 16-ФЛО): $D \text{ (ПТСР)} = 34,7 + 2,0(\text{фактор Q}_4 \text{ 16-ФЛО})$.

Симптомы дистресса (F) также ярче проявляются на фоне фрустрационной тревожности (фактор Q₄ 16-ФЛО) у независимых и неконформных (фактор Q₂ 16-

ФЛО) бойцов ОМОН ($R^2=0,19$; $F=13,1$; $p=0,0001$):

$$\text{дистресс} = 33,8 + 1,4(\text{фактор } Q_4 \text{ 16-ФЛО}) + 0,8(\text{фактор } Q_2 \text{ 16-ФЛО}).$$

Низкий самоконтроль (фактор Q_3 16-ФЛО) усиливает симптомы «вторжения» ($r = -0,28$; $R^2=0,06$; $F=5,4$; $p=0,03$), «гиперактивации» ($r = -0,28$; $R^2=0,07$; $F=7,3$; $p=0,008$) и дистресса ($r = -0,30$; $R^2=0,07$; $F=7,0$; $p=0,009$), что подтверждается регрессионными уравнениями:

$$\text{симптомы «вторжения» (B)} = 54,0 - 1,2(\text{фактор } Q_3 \text{ 16-ФЛО});$$

$$\text{симптомы «гипервозбудимости» (D)} = 56,0 - 1,6(\text{фактор } Q_3 \text{ 16-ФЛО});$$

$$\text{дистресс} = 53,8 - 1,3(\text{фактор } Q_3 \text{ 16-ФЛО}).$$

Состояние тревожности (фактор O 16-ФЛО) положительно коррелирует с симптомами «гиперактивации» ($r = 0,30$) ПТСР и шкалой социальной интроверсии СМИЛ ($r = 0,40$). Значимым уравнением регрессии описывается 15 % дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,15$; $F=19,1$; $p=0,0001$):

$$\text{фактор } O \text{ 16-ФЛО} = -0,6 + 0,1(0\text{-я шкала СМИЛ}).$$

Личностная тревожность и чувство вины (фактор O 16-ФЛО) являются предикторами выраженных симптомов гиперактивации ($R^2=0,15$; $F=17,6$; $p=0,001$):

$$D = 37,5 + 1,3(\text{фактор } O \text{ 16-ФЛО}).$$

Интровертированность личности (фактор A 16 ФЛО, $r = -0,27$) является фактором риска развития симптомов «избегания» ($R^2=0,08$; $F=8,6$; $p=0,004$):

$$\text{симптомы «избегания»} = 53,1 - 1,4(\text{фактор } A \text{ 16 ФЛО}).$$

Интровертированность личности (0-я шкала СМИЛ) является фактором риска симптомов ОСР ($r = 0,26$) и ПТСР ($r = 0,25$), что подтверждается регрессионным уравнением ($R^2=0,08$; $F=7,0$; $p=0,009$):

$$\text{ОСР, ПТСР} = 27,7 + 0,3(0\text{-я шкала СМИЛ}).$$

Возраст положительно коррелирует с симптомами физиологической гипервозбудимости ($r = 0,34$), «вторжения» ($r = 0,30$), ОСР, ПТСР ($r = 0,33$) у комбатантов 2-й группы. Регрессионный анализ подтверждает, что в 10 % случаев с возрастом усиливаются симптомы «гиперактивации» ($R^2=0,10$; $F=11,7$; $p=0,001$) и ПТСР ($R^2=0,10$; $F=11,5$; $p=0,001$), а в 5 % случаев – симптомы «вторжения» ($R^2=0,05$; $F=5,7$; $p=0,019$) и «избегания» ($R^2=0,05$; $F=5,3$; $p=0,02$):

симптомы «гиперактивации» = $24,0 + 0,7(\text{возраст})$;

симптомы «вторжения» = $30,7 + 0,5(\text{возраст})$;

симптомы «избегания» = $31,4 + 0,4(\text{возраст})$; ПТСР = $24,9 + 0,6(\text{возраст})$.

С течением времени, прошедшим с момента первого боевого опыта, у бойцов ОМОН снижается волевой самоконтроль эмоций и поведения (фактор Q₃ 16-ФЛО, $r = -0,29$), усиливаются замкнутость (фактор А 16-ФЛО, $r = -0,23$), тревожность (фактор О 16-ФЛО, $r = 0,30$), эмоциональная лабильность (фактор С 16-ФЛО, $r = -0,30$) и нонконформизм (фактор Q₂ 16-ФЛО, $r = 0,33$), что подтверждается регрессионным уравнением ($R^2=0,11$; $F=13,1$; $p=0,0001$):

фактор Q₂ 16-ФЛО = $3,0 + 0,001(\text{время после 1-й командировки, сутки})$.

На момент обследования клинически выраженное (65-75 Т-баллов) ОСР вероятно у 13 % комбатантов ОВД и 1 % бойцов ОМОН, ПТСР – у 12 % и 2 % соответственно. Уточнение диагноза ОСР и ПТСР требует дальнейшего углубленного медико-психологического обследования.

Таким образом, несмотря на частые ($4,3 \pm 2,5$) и длительные ($302,9 \pm 152,9$ суток) командировки в район вооруженного конфликта, бойцы ОМОН, по сравнению с комбатантами ОВД, имеют больше позитивных и меньше негативных последствий участия в боевых действиях, возможно, вследствие лучшей предварительной подготовки к проведению спецопераций.

В позитивную сторону бойцы ОМОН отличаются от сотрудников ОВД высоким волевым самоконтролем (79 % лиц), эмоциональной устойчивостью (78 %), смелостью, готовностью к риску (68 %), экспрессивностью (78 %), сообразительностью, способностью быстро найти новое решение в трудных ситуациях (83 %), проницательностью (52 %), независимостью взглядов (16 %), ответственностью и нормативностью поведения (36 %), а также низкой выраженностью симптомов ОСР и ПТСР.

У бойцов ОМОН после участия в КТО отмечаются адаптивно-защитные реакции: осторожность, чуткость к опасности, конформизм референтной группе, способность мыслить аналитически, эмоционально дистанцируясь от происходящего, интеллектуально перерабатывая и вытесняя из сознания негативные пере-

живания. Сходные адаптивные реакции у бойцов ОМОН и комбатантов ОВД (см. параграф 3.3.2), вероятно, указывают на единую природу развития некоторых личностных изменений, которые не зависят от профессиональной принадлежности и степени подготовленности к действиям в боевых условиях.

К негативным последствиям воздействия боевого стресса на бойцов ОМОН относятся: увеличение психического напряжения (у 11 % лиц), тревожности (23 %), усиление черт индивидуалистичности, эгоцентризма (39 % комбатантов), повышение риска развития дезадаптации (возбудимого, экспансивного типа), возникновения психосоматических или невротических расстройств.

У бойцов ОМОН предикторами выраженных симптомов «гиперактивации» (15 % дисперсии) являются ригидность, гипозмотивность, сдержанность эмоциональных проявлений и личностная тревожность, симптомов дистресса (19 % дисперсии) – нонконформизм и фрустрационная тревожность, а симптомов «избегания» и ПТСР – зрелый возраст к моменту откомандирования в зону КТО (вероятность 10 %) и интровертированность личности (вероятность 8 %). У сотрудников ОВД факторами риска степени тяжести симптомов «избегания» (23 % дисперсии) являются эмоциональная лабильность и эгоцентричность. Повышенная чувствительность симпатической нервной системы к стрессу (Н-фактор 16-ФЛО) является предиктором усиления социальной интроверсии у комбатантов ОВД с вероятностью 37 %, в группе ОМОН – 44 %. Наличие аналогичных (см. параграф 3.3.2) предикторов возникновения посттравматических симптомов у комбатантов исследуемых групп, вероятно, свидетельствуют о сходных механизмах развития ПТСР, которые не зависят от уровня подготовленности участников вооруженных конфликтов.

4.3.3 Психологические последствия пролонгированного воздействия боевого стресса

Гипотеза исследования: длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта влияет на степень выраженности негативных психологических последствий у бойцов ОМОН, при этом возможны адаптивные и частично позитивные личностные изменения.

Объект исследования составили 112 бойцов ОМОН, разделенные на группы по признаку длительности пребывания в районе проведения КТО:

1-я группа (численностью $n_1 = 37$) – мужчины в возрасте ($25,4 \pm 3,3$) лет, длительность пребывания в спецкомандировке от 90 до 200 суток (141 ± 45), количество командировок 1-2 ($1,5 \pm 0,5$);

2-я группа ($n_2 = 42$) – мужчины в возрасте ($29,6 \pm 4,5$) лет, длительность «боевого стажа» 201–350 суток (294 ± 38), количество командировок 3-5 ($4,2 \pm 0,8$);

3-я группа ($n_3 = 33$) – мужчины в возрасте ($29,6 \pm 2,8$) лет, длительность участия в боевых действиях от 351 до 600 суток (490 ± 94), количество командировок 6-8 ($7,2 \pm 1,7$).

Для изучения психологических последствий длительного участия в КТО использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], 16-ФЛЮ Р. Кеттелла (форма С) [140], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164].

Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни (U) с уровнем значимости ($p < 0,05$). Для изучения взаимосвязей переменных использовался множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО комбатантов ОМОН 1-й и 2-й группы отражены в таблице 25.

Таблица 25 – Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО комбатантов ОМОН 1-й и 2-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	длительность командировок		
	до 200 суток	201-350 суток	
Возраст, лет	25,4 ± 3,3	29,6 ± 4,5	0,001
Количество командировок	1,5 ± 0,5	4,2 ± 0,8	0,001
Длительность командировок, сутки	141 ± 45	294 ± 38	0,001
СМИЛ, шкала, Т-балл			
2-я (пессимистичность)	50,9 ± 5,9	54,2 ± 8,5	0,04
6-я (ригидность)	47,6 ± 5,3	51,2 ± 7,1	0,01
9-я (оптимистичность)	62,0 ± 6,8	57,3 ± 8,8	0,01
0-я (социальная интроверсия)	43,8 ± 5,0	46,9 ± 6,4	0,02
16-ФЛЮ, фактор, балл			
Н (робость – смелость)	7,9 ± 1,4	6,8 ± 1,9	0,008
О (спокойствие – тревожность)	3,5 ± 1,9	4,8 ± 1,6	0,002
Q ₂ (конформизм – нонконформизм)	3,3 ± 2,0	4,5 ± 1,6	0,006
ОТС, шкала, Т-балл			
С (симптомы «избегания» ПТСР)	39,0 ± 9,6	43,1 ± 7,1	0,05
D (симптомы «гиперактивации» ПТСР)	38,5 ± 8,8	44,1 ± 9,7	0,02
d (симптомы «избегания» ОСР)	41,0 ± 10,5	49,3 ± 10,9	0,01
e (симптомы «гиперактивации» ОСР)	38,6 ± 8,8	43,9 ± 10,1	0,03

Профили СМИЛ комбатантов 1-й и 2-й групп (рисунок 20) не превышают нормативный разброс в диапазоне 40-65 Т-баллов, отражают стенический тип реагирования и свидетельствует о наличии у обследованных активности, импульсивности, склонности к риску, индивидуалистичности, способности быстро и решительно действовать. Подъем по шкале коррекции (К) указывает на стремление скрыть проблемы и отрицательные черты характера в ситуации регулярного освидетельствования профпригодности после возвращения из спецкомандировок.

Высокие значения по шкале пессимистичности (60-65 Т-баллов), выявленные у 11,2 % бойцов ОМОН 1-й группы и у 29,3 % комбатантов 2-й группы, вероятно, связаны с депрессивной реакцией в рамках адаптационного синдрома на воздействие длительно действующих факторов боевой обстановки. Психогенно спровоцированное состояние могло также усиливаться на фоне личностной predisпозиции (гипостенической акцентуации, слабого типа высшей нервной деятельности). Вероятно, усиление гипотимических проявлений может происходить, как под влия-

нием длительного выполнения боевых задач ($R^2=0,07$; $F=4,7$; $p=0,03$), так и возраста ($R^2=0,09$; $F=7,4$; $p=0,008$), и прогнозироваться регрессионными уравнениями:

$$2\text{-я шкала СМИЛ} = 50,0 + 0,03(\text{длительность спецкомандировки, сутки});$$

$$2\text{-я шкала СМИЛ} = 38,6 + 0,5(\text{возраст}).$$

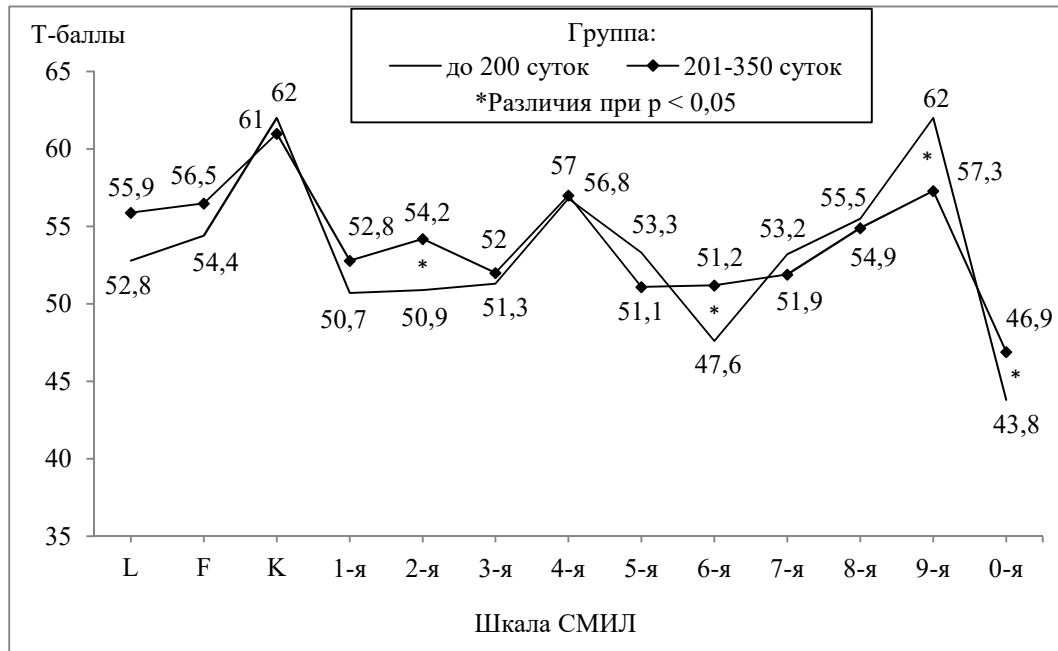


Рисунок 20 – Профили СМИЛ комбатантов ОМОН 1-й и 2-й группы

У бойцов ОМОН 2-й группы значимо выше средние значения по шкале ригидности: 2,8 % и 10,8 % обследованных 1-й и 2-й групп соответственно имеют показатели на уровне 60-70 Т-баллов. С увеличением длительности пребывания в зоне КТО нарастает стеничность установок, упорство, гомономность, актуализируются защитные механизмы (рационализации, проекции) и повышается риск эксплозивно-агрессивных реакций. Однако усилению ригидности в большей степени способствует возраст комбатанта ($R^2=0,17$; $F=16,0$; $p=0,0001$), чем частота участия в КТО ($R^2=0,06$; $F=4,9$; $p=0,03$), поскольку во втором случае регрессионным уравнением описывается только 6 % дисперсии:

$$6\text{-я шкала СМИЛ} = 46,3 + 1,1(\text{количество спецкомандировок});$$

$$6\text{-я шкала СМИЛ} = 32,5 + 0,6(\text{возраст}).$$

На фоне пролонгированной психотравматизации снижается оптимистичность и усиливается социальная интроверсия. Во 2-й группе, по сравнению с 1-й, в 3,7 раза

больше комбатантов с низкими значениями 9-й шкалы (40-50 Т-баллов): 22 % и 6 % соответственно. С увеличением «боевого стажа» в ($R^2=0,08$; $F=5,4$; $p=0,04$) нарастает пессимизм, апатия и пассивность:

$$9\text{-я шкала СМИЛ} = 64,3 - 0,02(\text{длительность спецкомандировки, сутки}).$$

Высокие значения 0-й шкалы (50-65 Т-баллов) установлены у 22 % бойцов ОМОН, бывших в спецкомандировке менее 200 суток и у 34 % лиц, находившихся в районе КТО до 350 суток. Вероятно, усугубление социальной интроверсии почти в равной степени происходит под влиянием длительного воздействия боевых стресс-факторов ($R^2=0,09$; $F=5,6$; $p=0,02$) и возраста ($R^2=0,10$; $F=8,1$; $p=0,006$), и прогнозируется регрессионными уравнениями:

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 41,5 + 0,02(\text{длительность спецкомандировки, сутки});$$

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 33,8 + 0,4(\text{возраст}).$$

Замкнутость и отчужденность может быть также одним из проявлений ПТСР. Бойцы ОМОН, находившиеся в спецкомандировке более 200 суток, чаще избегают стимулов, ассоциированных с психотравмирующей ситуацией. На момент обследования симптомы «избегания» ОСР и ПТСР установлены на уровне 60-70 Т-баллов у 7 % комбатантов 1-й группы, у 9 % лиц 2-й группы. Значимое уравнение регрессии описывает 9 % дисперсии ($R^2=0,09$; $F=6,1$; $p=0,02$) зависимой переменной:

$$\text{симптомы «избегания»} = 36,3 + 0,04(\text{длительность командировки, сутки}).$$

Симптомы физиологической гипервозбудимости чаще проявляются после пребывания в районе проведения КТО свыше 200 суток. В 1-й группе симптомы «гиперактивации» ОСР и ПТСР на уровне 60-65 Т-баллов наблюдались у 3,6 % бойцов ОМОН, а во 2-й группе – у 9 % комбатантов. Раздражительность, вспышки гнева, гипербдительность, плохой сон усиливаются по мере накопления боевого опыта ($R^2=0,07$; $F=4,5$; $p=0,04$):

$$\text{симптомы «гиперактивации»} = 34,7 + 0,03(\text{длительность участия в КТО, сутки}).$$

Пролонгированное воздействие боевого стресса приводит к снижению показателей по фактору Н 16-ФЛО. Комбатантов с низкими значениями Н-фактора (1-4 балла) в 1-й группе не выявлено, во 2-й группе – 10 %. Видимо, длительное (до 1 года) нахождение в ситуации угрозы жизни повышает

осторожность и обостряет чуткость к опасности, позволяющие выжить в районе боевых действий. Значимое уравнение регрессии описывает 7 % дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,07$; $F=5,4$; $p=0,04$):

$$\text{фактор Н 16-ФЛО} = 8,4 - 0,005(\text{длительность командировки, сутки}).$$

По мере накопления «боевого стажа», у бойцов ОМОН усиливается самостоятельность, независимость, ориентация на собственный опыт (фактор Q_2 16-ФЛО 6-12 баллов): в 1-й группе выявлено 11,5 % таких сотрудников, а во 2-й – 28,6 %. Значимое уравнение регрессии описывает 12 % дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,12$; $F=10,4$; $p=0,002$) и имеет вид:

$$\text{фактор } Q_2 \text{ 16-ФЛО} = 2,6 + 0,5(\text{количество спецкомандировок}).$$

Динамика изменений по фактору О 16-ФЛО носит ремитирующий характер: в период до года (201-350 суток) средние значения нарастают, а после – снижаются (см. таблицу 26).

Таблица 26 – Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО комбатантов ОМОН 2-й и 3-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	длительность командировок		
	201-350 суток	351-600 суток	
Количество командировок	$4,2 \pm 0,8$	$7,2 \pm 1,7$	0,001
Длительность командировок, сутки	294 ± 38	490 ± 94	0,001
16-ФЛО, фактор, балл			
L (доверчивость – подозрительность)	$6,3 \pm 1,4$	$5,1 \pm 2,0$	0,005
O (спокойствие – тревожность)	$4,8 \pm 1,6$	$3,9 \pm 1,5$	0,02
Q_4 (расслабленность – напряженность)	$4,2 \pm 1,7$	$3,5 \pm 1,5$	0,05

Высокие баллы (7-12) O-фактора 16-ФЛО, вероятно, свидетельствуют о тревожном фоне настроения, чувстве вины, фобических, ипохондрических или неврастенических проявлениях. В 1-й группе выявлено 9 % таких сотрудников, во 2-й группе – 15 %, среди 3-й – 6 %. Регрессионный анализ позволил установить, что чувство вины выше у лиц старшей возрастной группы ($R^2 = 0,25$; $F=13,1$; $p=0,001$) и в 18 % случаев ($R^2=0,18$; $F=16,2$; $p=0,0001$) может усиливаться под воздействием длительных спецкомандировок:

О-фактор 16-ФЛО = $3,1 + 0,001$ (длительность спецкомандировки, сутки);

О-фактор 16-ФЛО = $-0,2 + 0,17$ (возраст).

Однако среди бойцов ОМОН, участвовавших в КТО более 1 года (351-600 суток), возрастает число уверенных в себе, хладнокровных и спокойных лиц (фактор О 16-ФЛО на уровне 1-3 балла): во 2-й группе таковых 23,8 %, а в 3-й – 40,6 %. В этот же период снижается число комбатантов, относящихся к окружающим с подозрительностью, настороженностью вследствие фрустрированности и эмоциональной напряженности: высокие показатели (7-12 баллов) по фактору L 16-ФЛО установлены у 45,3 % комбатантов 2-й группы и у 25 % – 3-й. Среди бойцов ОМОН с «боевым стажем» 351-600 суток на 22 % больше лиц (31,4 % в 3-й и 9,5 % во 2-й группе), отличающихся конформизмом и толерантностью (0-4 балла по L-фактору 16-ФЛО), так как терпимость и групповая сплоченность способствует выживанию в смертельно опасных ситуациях.

После пребывания в районе проведения КТО свыше 350 суток у комбатантов снижается фрустрационная тревожность: высокие баллы (8-12) по фактору Q₄ 16-ФЛО во 2-й группе выявлены у 7,2 % лиц, а в 3-й группе не обнаружены. Спокойствие и невозмутимость (фактор Q₄ 16-ФЛО на уровне 0-5 баллов) присущи 76 % бойцов ОМОН с длительностью «боевого стажа» 201-350 суток и 94 % комбатантов с боевым опытом более 1 года.

Регрессионное уравнение подтверждает, что в 14 % случаев ($R^2=0,14$; $F=6,0$; $p=0,001$) фрустрационная тревожность снижается под влиянием длительного воздействия стресс-факторов боевой обстановки (Дл), однако с течением времени (Вр), прошедшим от момента 1-й спецкомандировки, у комбатантов усиливается напряженность, проявляющаяся в суетливой активности, которая не позволяет им расслабиться и планомерно действовать:

фактор Q₄ 16-ФЛО = $3,0 - 0,005$ (Дл, сутки) + $0,002$ (Вр, сутки).

При сравнении психологических последствий у комбатантов, находившихся в районе КТО до 200 суток, с теми, кто был в командировке 351-600 суток (таблица 27), выявлено, что некоторые личностные особенности могут возникать (или исчезать) только по мере аккумуляции боевого опыта.

Таблица 27 – Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО комбатантов ОМОН 1-й и 3-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	длительность командировок		
	до 200 суток	351-600 суток	
Возраст, лет	$25,4 \pm 3,3$	$29,6 \pm 2,8$	0,001
Количество командировок	$1,5 \pm 0,5$	$7,2 \pm 1,7$	0,001
Длительность командировок, сутки	141 ± 45	490 ± 94	0,001
СМИЛ, шкала, Т-балл			
6-я (ригидность)	$47,6 \pm 5,3$	$50,5 \pm 7,8$	0,05
9-я (оптимистичность)	$62,0 \pm 6,8$	$56,6 \pm 7,9$	0,005
16-ФЛЮ, фактор, балл			
Q ₂ (конформизм – неконформизм)	$3,3 \pm 2,0$	$4,3 \pm 1,7$	0,03
ОТС, шкала, Т-балл			
С (симптомы «избегания» ПТСР)	$39,0 \pm 9,6$	$44,2 \pm 9,1$	0,04
d (симптомы «избегания» ОСР)	$41,0 \pm 10,5$	$45,8 \pm 7,9$	0,05

Профили СМИЛ бойцов ОМОН 1-й и 3-й групп (рисунок 21) находятся в нормативном диапазоне 40-65 Т-баллов, с ведущими шкалами стенического регистра (4-й, 9-й) и подъемом шкале коррекции.

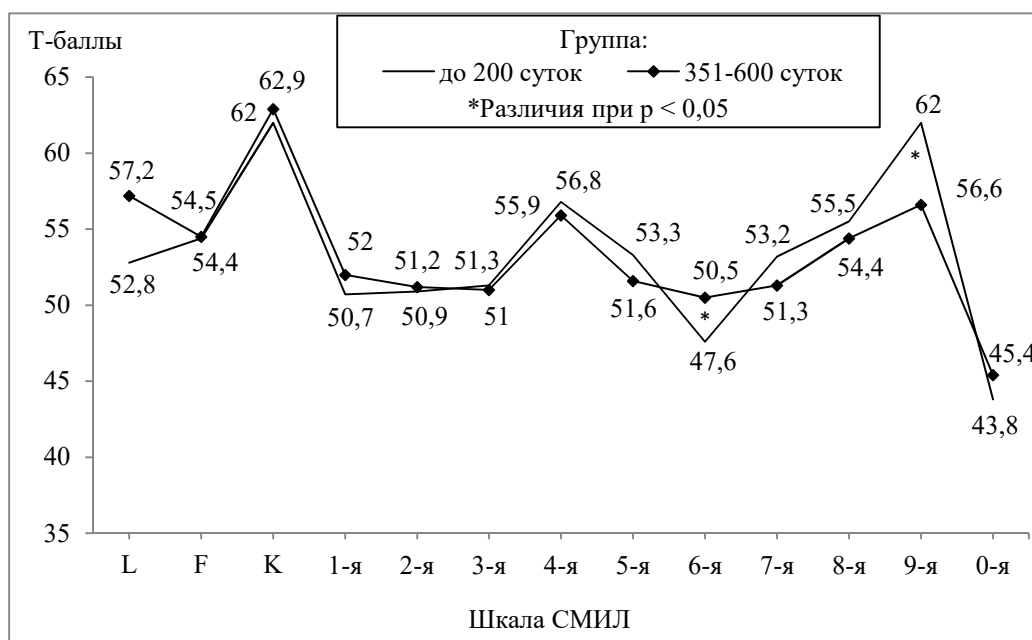


Рисунок 21 – Профили СМИЛ комбатантов ОМОН 1-й и 3-й группы

Выявленные достоверные различия показывают, что с увеличением длительности участия в КТО линейно усиливаются ригидные черты личности: значения 6-

й шкалы 60-70 Т-баллов выявлены у 2,8 % комбатантов 1-й группы, у 10,8 % – 2-й и 18,8 % – 3-й. К негативным последствиям пролонгированной психотравматизации относятся: линейное снижение оптимизма и активности (значения 9-й шкалы на уровне 40-50 Т-баллов установлены в 1-й группе у 6 % бойцов ОМОН, во 2-й – у 22 %, в 3-й – у 31,7 %), а также длительно сохраняющиеся симптомы «избегания» ОСР и ПТСР 60-70 Т-баллов (у 7 %, 9 % и 10,3 % комбатантов 1-й, 2-й и 3-й группы соответственно).

Независимость и способность принимать самостоятельные решения возрастают по мере аккумуляции боевого опыта и максимально выражены в период от 6 месяцев до 1 года пребывания в зоне КТО: значения фактора Q_2 16-ФЛО на уровне 6-12 баллов обнаружены у 11,5 % лиц с боевым опытом до 200 суток, у 28,6 % – до 350 суток, у 25 % – до 600 суток.

Таким образом, длительность участия в КТО влияет на выраженность негативных психологических последствий у бойцов ОМОН, при этом возможны адаптивные и частично позитивные личностные изменения.

К негативным психологическим последствиям пролонгированного воздействия боевого стресса относятся: усугубление социальной интроверсии у 34 % комбатантов, гипотимических проявлений – у 29 % бойцов ОМОН, снижение оптимистичности у 22 % и усиление ригидных черт у 11 % обследованных, появление симптомов «избегания», физиологической гипервозбудимости ОСР и ПТСР у 9 % лиц. Симптомы «избегания», пессимизм, ригидность и интроверсия возрастают пропорционально длительности выполнения служебно-боевых задач в условиях КТО, усиливаясь на фоне возрастных изменений. Негативные последствия, вероятно, связаны с истощением адаптационных ресурсов, несмотря на высокий уровень подготовленности бойцов ОМОН к действиям в экстремальных ситуациях. Следовательно, в период между 2-й и 4-й спецкомандировками должна быть проведена адекватная медико-психологическая реабилитация комбатантов с целью профилактики возможной дезадаптации и небоевых потерь среди личного состава подразделения.

Вместе с тем, длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта не является абсолютно линейно действующим фактором, так как после превышения суммарной продолжительности спецкомандировок в 350 суток дальнейшего нарастания негативных последствий не наблюдается. Под влиянием перманентного воздействия психогенных стресс-факторов боевой обстановки к некоторым из них вырабатывается адаптация. При этом процесс адаптации протекает с разной скоростью для различных психических процессов, свойств и состояний личности. Социальная интроверсия, пессимистичное восприятие окружающего, чувство вины, ситуативная тревожность, осторожность, повышенная чуткость к опасности, симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР нарастают до периода пребывания в районе проведения КТО от 201 до 350 суток (6-12 месяцев), затем отмечается их снижение (которое не дает значимых различий между группами), однако полного возвращения к исходному уровню значений не происходит.

По мере аккумуляции боевого опыта у комбатантов отмечаются также позитивные личностные изменения. В период участия в КТО от 6 месяцев до 1 года (201-350 суток, 2-4 командировки) у 28,6 % бойцов ОМОН повышаются самостоятельность, независимость, ориентация на собственный опыт. В период 351-600 суток (5-7 командировок) у 40,6 % обследованных возрастает спокойствие, у 94 % лиц снижается фрустрационная тревожность, у 50,2 % – подозрительность (личностная защита от тревожности), у 31,4 % комбатантов увеличивается терпимость и конформизм, способствующие выживанию и групповой деятельности отряда в экстремальных условиях.

4.3.4 Отдаленные психологические и соматические последствия длительного воздействия факторов боевой обстановки

Длительность пребывания в районе проведения КТО и срок, прошедший с момента первого участия в вооруженном конфликте – это два различных фактора, которые могут действовать совместно и раздельно. Это предположение подтверждается Е.О. Александровым (2000), который указывает, что ветераны войн, не бывшие в плену, считают особенно психотравмирующей ситуацию первого боя, на втором месте отмечают ситуацию обстрела из тяжелого оружия и на третьем – гибель товарища [13]. За точку отсчета была принята дата первой спецкомандировки, поскольку резкая смена мирных условий службы на боевые действия и потрясение от противостояния с противником являются психогенными факторами.

Гипотеза исследования: продолжительность периода времени, прошедшего с момента первого участия в боевой операции, влияет на характер и степень выраженности психологических последствий у комбатантов.

Объект исследования составили 226 комбатантов (сотрудники ОВД и бойцы ОМОН), разделенные на группы по признаку количества лет, прошедших с момента первого участия в КТО (периода последствий):

1-я группа (численностью $n_1 = 76$) – мужчины в возрасте $(27,4 \pm 6,2)$ лет, вернувшиеся из Чеченской республики в период до 1 года включительно;

2-я группа ($n_2 = 66$) – мужчины в возрасте $(28,7 \pm 5,7)$ лет, у которых период последствий от момента первой спецкомандировки составил от 1,5 до 3-х лет включительно;

3-я группа ($n_3 = 84$) – мужчины в возрасте $(29,7 \pm 4,4)$ лет, первый раз участвовавшие в боевых действиях от 4-х и более лет назад.

Длительность пребывания в районе проведения КТО в исследовании не учитывалась, так как влияние этого фактора на психологическое здоровье комбатантов анализировалось отдельно (см. параграф 4.3.3). В обследовании приняли участие только те комбатанты, с которыми не проводились психокоррекционные мероприятия после возвращения из командировки.

Для изучения психологических последствий, взаимосвязанных с длительностью периода последствий, использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], 16-ФЛО Р. Кеттелла (форма С) [140], тест М. Люшера (модификация «парные сравнения») [370], краткий отборочный тест для оценки уровня интеллекта (КОТ) [175], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Анализировались показатели частоты и длительности заболеваемости за год (без уточнения нозологических форм патологии).

Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни (U) и t-критерий Стьюдента ($p \leq 0,05$), выбор которых определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Для изучения взаимосвязей переменных использовались корреляционный анализ (коэффициенты линейной корреляции по Пирсону на уровне $\alpha = 0,01$) и множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

Результаты сравнения отдаленных психологических последствий участия в КТО среди сотрудников 1-й и 2-й групп отражены в таблице 28.

Таблица 28 – Результаты сравнения отдаленных психологических последствий участия в КТО комбатантов 1-й и 2-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	период последствий		
	до 1 года	от 1,5 до 3-х лет	
СМИЛ, шкала, Т-балл 1-я (невротический контроль) 2-я (пессимистичность)	51,0 ± 5,7 49,5 ± 8,1	53,4 ± 6,3 52,9 ± 7,3	0,04 0,02
16-ФЛО, фактор, балл О (спокойствие – тревожность)	3,4 ± 1,9	4,3 ± 1,6	0,05
КОТ, шкала, балл Пространственное мышление Гибкость мышления	1,6 ± 1,0 2,8 ± 1,5	1,2 ± 0,7 1,8 ± 1,2	0,04 0,002

Профили СМИЛ комбатантов 1-й и 2-й групп (рисунок 22) находятся в нормативном диапазоне 40-65 Т-баллов, с ведущими 9-й, 4-й шкалами и умеренным подъемом по шкале коррекции.

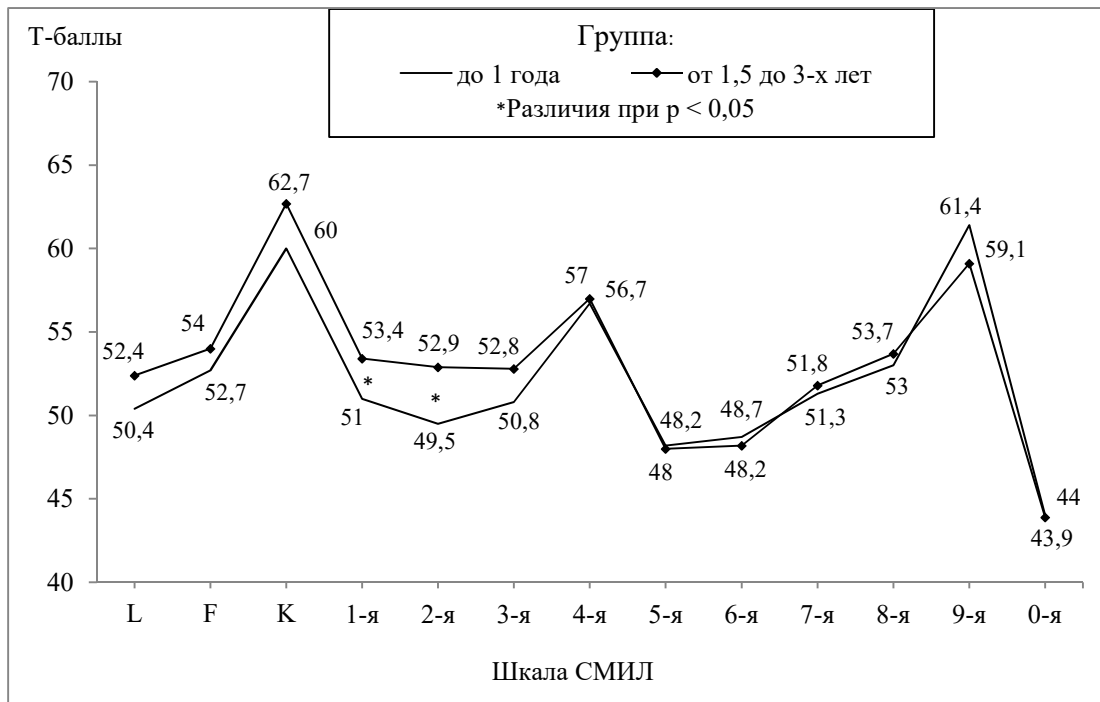


Рисунок 22 – Профили СМЛ участников КТО 1-й и 2-й группы

Представителям обеих групп свойственен стенический тип реагирования с преобладанием возбудимых черт, независимый, доминантный стиль поведения, индивидуалистичность, склонность к опрометчивым поступкам и неоправданному риску, позитивное восприятие окружающего и стремление произвести приятное впечатление. Однако через 1,5-3 года после возвращения из спецкомандировки выраженные невротические и гипотимические проявления у комбатантов встречаются чаще, по сравнению с более ранним периодом. Высокие значения (60-75 Т-баллов) 1-й и 2-й шкал СМЛ установлены в 1-й группе у 4,4 % участников КТО, во 2-й группе – у 15 % и у 18,6 % сотрудников соответственно. Для таких лиц характерны скупость эмоциональных проявлений, догматизм, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок, пессимизм, склонность к ипохондрии и пассивному уходу от решения проблем. Сенситивно-тревожный тип реагирования в сочетании с противоречивым столкновением осознанного самоконтроля и раздражительности создает почву для психосоматического варианта

дезадаптации (заболеваний желудочно-кишечного тракта, вегетативной и сердечно-сосудистой системы). Тем не менее, сотрудники с высокой 1-й шкалой отличаются качествами, уместными и необходимыми в профессиональной деятельности – исполнительностью, добросовестностью, умением четко следовать инструкциям и приказам, сдерживать присущие человеку «слабости». Невротический контроль ($R^2=0,06$; $F=4,4$; $p=0,04$) и гипотимия ($R^2=0,07$; $F=7,7$; $p=0,006$) усиливаются по мере увеличения периода времени ($r=0,25$), прошедшего после участия в КТО, и прогнозируются регрессионными уравнениями:

$$1\text{-я шкала СМИЛ} = 48,1 + 0,02(\text{период последствий, сутки});$$

$$2\text{-я шкала СМИЛ} = 48,0 + 0,006(\text{период последствий, сутки}).$$

Тревожно-депрессивный фон настроения, чувство вины, признаки ипохондрии и неврастении ярче проявляются в период от 1,5 до 3-х лет после спецкомандировки: значения О-фактора 16-ФЛО на уровне 7-12 баллов выявлены у 8,7 % комбатантов 1-й группы и у 12,6 % – 2-й группы. Беспечность, самонадеянность и отсутствие чувства вины (О-фактор 16-ФЛО) характерны для лиц с демонстративным типом акцентуации (3-я шкала СМИЛ, $r = -0,28$), и подтверждается уравнением регрессии ($R^2=0,08$; $F=7,0$; $p=0,01$):

$$\text{фактор О 16-ФЛО} = 7,8 - 0,08(3\text{-я шкала СМИЛ}).$$

В период от 1,5 до 3-х лет после возвращения из зоны КТО снижается гибкость мышления и ухудшается пространственное мышление, что можно расценить как негативные последствия участия в боевых действиях. Низкие значения (0-1 балл) пространственного мышления по КОТ имеют 56 % сотрудников 1-й группы и 80 % обследованных 2-й группы; гибкости мышления – 22 % и 48 % соответственно. Гибкость мышления положительно коррелирует с 5-й ($r = 0,33$) и 8-й ($r = 0,29$) шкалами СМИЛ, а отрицательно – с периодом последствий ($r = -0,35$). Значимое уравнение регрессии описывает 12 % дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,12$; $F=6,3$; $p=0,02$):

$$\text{гибкость мышления} = 3,5 - 1,0(\text{период последствий, годы}).$$

Результаты сравнения отдаленных психологических последствий участия в КТО среди сотрудников 2-й и 3-й групп отражены в таблице 29.

Таблица 29 – Результаты сравнения отдаленных психологических последствий участия в КТО комбатантов 2-й и 3-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	период последствий		
	от 1,5 до 3-х лет	от 4-х и более лет	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
К (шкала коррекции)	$62,7 \pm 7,2$	$58,5 \pm 8,6$	0,004
3-я (эмоциональная лабильность)	$52,8 \pm 7,5$	$48,8 \pm 7,2$	0,02
6-я (ригидность)	$48,2 \pm 6,2$	$50,4 \pm 8,8$	0,07*
0-я (социальная интроверсия)	$43,9 \pm 7,0$	$47,6 \pm 9,1$	0,01
16-ФЛЮ, фактор, балл			
А (замкнутость – общительность)	$7,4 \pm 1,5$	$6,7 \pm 1,9$	0,04
Q ₂ (конформизм – неконформизм)	$3,9 \pm 1,2$	$4,6 \pm 1,8$	0,02
Тест М. Люшера, цвет Черный (7)	$1,3 \pm 2,2$	$2,4 \pm 3,6$	0,03

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$).

Профили СМИЛ комбатантов 2-й и 3-й групп (рисунок 23) находятся в нормативном диапазоне (40-65 Т-баллов), свидетельствуют о стеническом типе реагирования и наличии общих черт: оптимистичности, импульсивности, приверженности мужским стереотипам поведения.

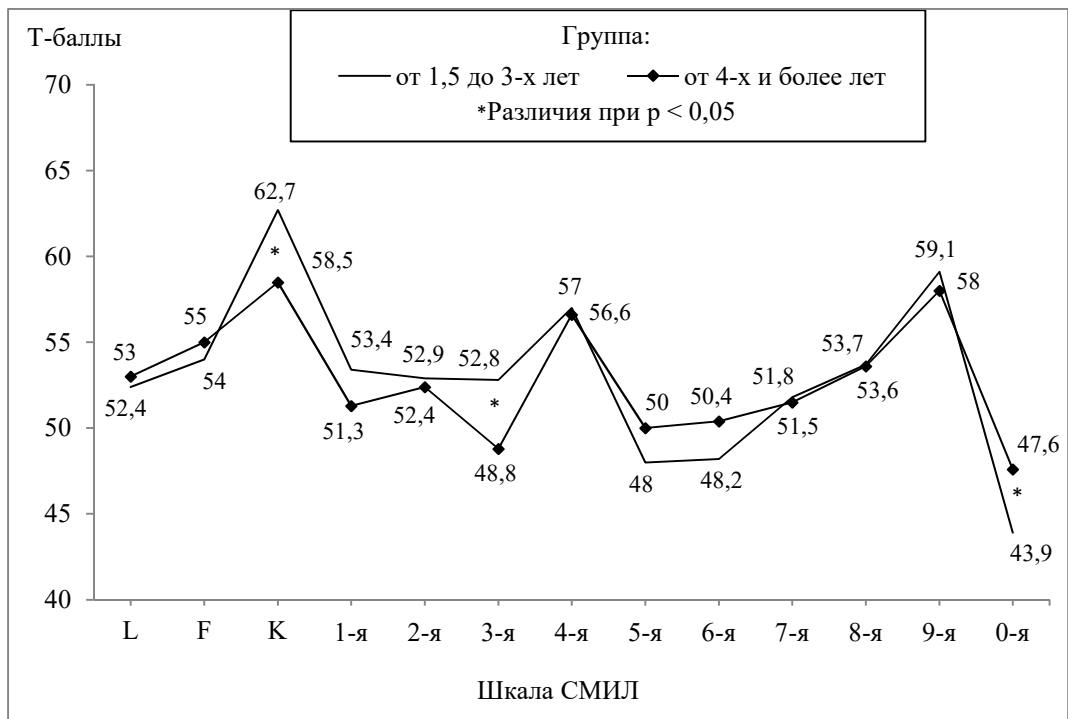


Рисунок 23 – Профили СМИЛ комбатантов 2-й и 3-й группы

Участники КТО обеих групп предрасположены отрицать наличие психологических проблем и трудности самоконтроля (шкала К, СМИЛ), однако комбатанты 2-й группы чаще вытесняют из сознания имеющиеся конфликты, скрывают дефекты характера и подчеркивают свою социабельность.

Среди сотрудников, участвовавших в контртеррористических операциях более 4-х лет назад, на 15 % меньше лиц, отличающихся демонстративностью, эгоцентричностью, эмоциональной лабильностью, неустойчивой самооценкой (3-я шкала на уровне 60-70 Т-баллов) – во 2-й группе таковых 23 %, а в 3-й – 8 %. В этот же период на 15 % возросло число эмоционально устойчивых, скептических, негибких в межличностном взаимодействии личностей: показатели 3-й шкалы на уровне 30-45 Т-баллов имеют 33 % комбатантов 2-й группы и 48 % – 3-й группы. Период последствий отрицательно коррелирует с 3-й шкалой СМИЛ ($r = -0,22$), следовательно, со временем у комбатантов снижается эмотивность и восприимчивость к средовым воздействиям ($R^2=0,07$; $F=6,9$; $p=0,02$):

$$3\text{-я шкала СМИЛ} = 54,5 - 0,002(\text{период последствий, сутки}).$$

Негативная тенденция усиления ригидных черт личности наиболее ярко выражена через 3 года после первой спецкомандировки. В этот период выявляется в 3 раза больше комбатантов с высокими значениями 6-й шкалы СМИЛ (60-70 Т-баллов): 6 % и 18 % соответственно. Стеничность установок, гомономность, практичность, с опорой на жизненный опыт, активность и упорство в отстаивании собственного мнения, склонность к агрессивному аффекту усиливаются со временем (период последствий, $r = 0,26$) и прогнозируются регрессионным уравнением ($R^2=0,08$; $F=8,9$; $p=0,003$):

$$6\text{-я шкала СМИЛ} = 45,1 + 0,003(\text{период последствий, сутки}).$$

По прошествии 4-х лет возросло количество сотрудников, характеризующихся интровертированностью, пассивностью, инертностью, склонных уклоняться от общения и избегать решения проблем. Высокие значения (60-70 Т-баллов) 0-й шкалы СМИЛ выявлены у 6 % комбатантов 2-й группы и у 15 % обследованных 3-й группы. Однако возможно, что выявленные изменения носят не только постстрессовый характер, но и обусловлены процессом реадаптации к

мирной жизни, так как 0-я шкала может реагировать некоторым повышением (на 5-7 Т-баллов) в случае межличностных конфликтов или трудностях адаптации к новому коллективу.

0-й шкала СМИЛ положительно коррелирует ($r = 0,38$) с периодом последствия и в 15 % случаев ($R^2=0,15$; $F=21,8$; $p=0,0001$) усугубление социальной интроверсии прогнозируется регрессионными уравнениями:

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 39,2 + 0,005(\text{период последствия, сутки});$$

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 40,3 + 0,005(\text{период реадaptации, сутки}).$$

Через 4 года после возвращения из 1-й спецкомандировки на 16 % снизилось количество эмоциональных, открытых к общению лиц (фактор А 16-ФЛО на уровне 8-12 баллов): с 44 % до 31 %. Обособленность и отчужденность комбатантов усиливаются с течением времени ($r = -0,23$). Регрессионный анализ ($R^2=0,06$; $F=5,7$; $p=0,02$) также подтвердил отрицательную взаимосвязь коммуни- кабельности с периодом последствия:

$$\text{фактор А 16-ФЛО} = 7,8 - 0,001(\text{период последствия, сутки}).$$

По прошествии 4-х лет от момента получения первого боевого опыта среди комбатантов на 19,5 % возросло число независимых, самостоятельных и неконформных лиц (фактор Q₂ 16-ФЛО): с 9,8 % во 2-й группе до 29,3 % – в 3-й. Поскольку корреляционных и регрессионных взаимосвязей фактора Q₂ 16-ФЛО с периодом последствия и реадaptации не выявлено, следовательно, усилению неконформизма в большей степени способствует другой временной параметр – возраст сотрудников ($R^2=0,13$; $F=15,6$; $p=0,0001$):

$$\text{фактор Q}_2 \text{ 16-ФЛО} = 0,82 + 0,1(\text{возраст}).$$

Во всех трех периодах последствия, групповые последовательности цветового ряда по тесту М. Люшера были одинаковыми и близкими к аутогенной норме: 2, 5, 4, 3, 1, 6, 0, 7. Однако через 3 года после первой спецкомандировки предпочтение черному цвету стали отдавать в 5 раз больше сотрудников: 2 % и 10 % соответственно. Данный негативный факт свидетельствует об отсроченном во времени нарастании у комбатантов нервно-психической напряженности, жесткости и агрессивности.

Результаты сравнения психологических последствий участия в КТО у комбатантов 1-й и 3-й групп представлены в таблице 30.

Таблица 30 – Результаты сравнения отдаленных психологических последствий участия в КТО комбатантов 1-й и 3-й группы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	период последствий		
	до 1-го года	от 4-х и более лет	
Возраст	27,8 ± 6,1	29,8 ± 4,5	0,02
Частота заболеваемости, количество случаев/год	1,5 ± 1,0	2,6 ± 2,0	0,05
СМИЛ, шкала, Т-балл			
2-я (пессимистичность)	49,5 ± 8,1	52,4 ± 9,1	0,05
3-я (эмоциональная лабильность)	50,8 ± 6,4	48,8 ± 7,2	0,03
9-я (оптимистичность)	61,4 ± 8,2	58,0 ± 8,7	0,02
0-я (социальная интроверсия)	44,0 ± 7,3	47,6 ± 9,1	0,01
16-ФЛЮ, фактор, балл			
А (замкнутость – общительность)	7,5 ± 1,7	6,7 ± 1,9	0,02
О (спокойствие – тревожность)	3,4 ± 1,9	4,3 ± 1,8	0,01
Q ₂ (конформизм – неконформизм)	3,7 ± 1,9	4,6 ± 1,8	0,01
КОТ, шкала, балл			
Гибкость мышления	2,8 ± 1,5	2,1 ± 1,1	0,01

Психосоматическое влияние боевого стресса сказывается по прошествии длительного времени: через 4 года от момента первой спецкомандировки значительно возросла частота заболеваемости. От 5 до 10 раз/год болели 3 % комбатантов 1-й группы, 4 % лиц из числа 2-й группы и 25 % сотрудников 3-й группы.

Профили СМИЛ комбатантов 1-й и 3-й групп (рисунок 24) находятся в нормативном диапазоне, с ведущими шкалами стенического регистра (4, 9) и умеренным подъемом шкале коррекции. С увеличением периода последствий достоверно усиливается пессимистичность, которая в срок от 1,5 до 3-х лет выражена у наибольшего числа лиц. Гипотимические проявления (2-я шкала на уровне 60-75 Т-баллов) установлены в 1-й группе у 4,4 % комбатантов, во 2-й и 3-й группе – у 18,6 % и 17,8 % обследованных соответственно.

Через 4 года после первой спецкомандировки выявляется в 2,4 раза меньше лиц с демонстративными чертами (3-я шкала 60-75 Т-баллов): 19 % сотрудников в 1-й группе и 8 % – в 3-й. При этом эмоционально устойчивых комбатантов (3-я шкала 30-45 Т-баллов) в 1-й группе 28 %, а в 3-й – 48 %.

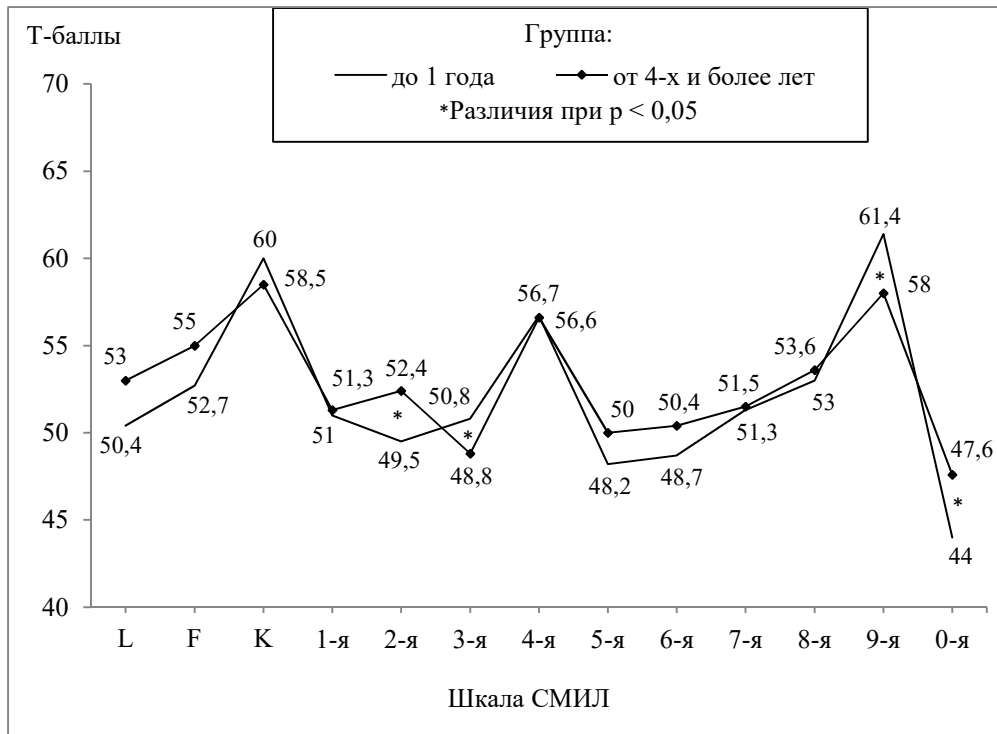


Рисунок 24 – Профили СМИЛ комбатантов 1-й и 3-й группы

В качестве негативных отдаленных последствий участия в КТО отмечается линейное снижение оптимизма и активности: значения 9-й шкалы на уровне 40-50 Т-баллов установлены в 1-й группе у 12 % комбатантов, во 2-й – у 17 %, в 3-й – у 22 %). Низкие показатели 9-й шкалы могут свидетельствовать о выраженном утомлении, астении, апатии и прогнозироваться регрессионным уравнением ($R^2=0,07$; $F=5,0$; $p=0,03$):

$$9\text{-я шкала СМИЛ} = 61,8 - 0,002(\text{период последствий, сутки}).$$

Социальная интроверсия также линейно прогрессирует с течением времени: значения 0-й шкалы 60-70 Т-баллов выявлены у 6 % комбатантов в 1-й и 2-й группах, и у 15 % – в 3-й группе.

По истечении 3-х лет с момента получения первого боевого опыта значительно снижаются общительность и эмоциональная экспрессия: высокие баллы (8-12) по фактору А 16-ФЛО в 1-й группе имеют 48 % лиц, во 2-й – 44 %, в 3-й – 31 %. При этом возрастает количество замкнутых и недоверчивых комбатантов: низкие значения А-фактора (0-5 баллов) выявлены у 10 % лиц в 1-й и 2-й группах, и у 25 % сотрудников в 3-й группе.

Количество сотрудников, испытывающих чувство вины, подверженных тревожному настроению и депрессии постепенно нарастает и по истечении 1,5 лет стабилизируется: высокие баллы (7-12) О-фактора 16-ФЛО установлены в 1-й группе у 8,7 % обследованных, во 2-й группе – у 12,6 % лиц, в 3-й – у 14,7 %.

С течением времени (возрастом) линейно усиливается неконформизм (фактор Q₂ 16-ФЛО 6-12 баллов): 7,6 % комбатантов в 1-й группе, 9,8 % лиц во 2-й и 29,3 % – в 3-й. Вероятно, неконформизм является психологическим способом восстановления контроля над собственной жизнью, рассчитывая только на собственные силы, а не на социум. С другой стороны, потребность в усиленном контроле окружающего мира может привести к усилению стресса и стать причиной конфликтов, невротических расстройств или психосоматических заболеваний.

С увеличением длительности периода последствий усиливается ригидность мышления, особенно в срок от 1,5 до 3-х лет после первого участия в КТО: низкие баллы (0-1) по шкале «гибкость мышления» КОТ выявлены у 22 % комбатантов 1-й, 48 % сотрудников 2-й и у 33 % лиц 3-й группы.

Таким образом, продолжительность периода времени, прошедшего с момента первого участия в боевой операции, влияет на характер и степень выраженности психологических последствий у комбатантов. Личностные изменения не всегда проявляются ярко и последовательно, чаще имеют медленно прогрессирующее течение (в сторону нарастания или снижения), либо носят интермиттирующий характер, с чередованием периодов улучшения и ухудшения состояния. Вероятно, для манифестации некоторых личностных изменений должен пройти определенный период, во время которого переменная «вызревает». Возможно также, что негативные последствия компенсируются до определенного момента действием психологических защитных механизмов, а декомпенсация происходит на фоне перманентных стрессоров повседневной жизни вследствие дисбаланса или истощения компенсаторных функций психической деятельности.

Негативные последствия участия в КТО с интермиттирующим характером изменений: в течение первых 3-х лет усиливаются (до 60-75 Т-баллов) эмоциональная лабильность (у 23 %) и невротический контроль (у 15 % комбатантов), с последую-

щей их компенсацией (50-55 Т-баллов). В этот же период снижается (0-1 балл) гибкость мышления (у 48 % обследованных) и ухудшается пространственное мышление (80 % сотрудников) с последующим нарастанием показателей, которые, однако, не достигают исходного уровня значений. Ригидные черты личности изначально компенсируются (до 48-49 Т-баллов), но по прошествии 3-х лет усугубляются (до 60-70 Т-баллов) у 18 % комбатантов.

Отдаленные (4 и более лет) негативные последствия боевого стресса с прогрессирующим развитием изменений: снижаются общительность, эмоциональная экспрессия (у 25 % комбатантов), оптимистичность (у 22 % сотрудников), нарастают социальная интроверсия (у 15 % обследованных), тревожность, чувство вины (у 15 % лиц), пессимистичность (у 18 %) и частота заболеваемости (у 25 % сотрудников), с возрастом усиливается нонконформизм (у 29 % комбатантов).

Отдаленные позитивные последствия участия в КТО: сглаживание демонстративных черт личности, снижение чувствительности к средовым воздействиям (48 % комбатантов), увеличение самостоятельности, независимости (29 % сотрудников), упорства, практичности (18 % лиц), исполнительности, добросовестности, умения четко следовать инструкциям и приказам (15 % обследованных).

Поскольку между группами не обнаружено различий по симптомам ПТСР можно предположить, что предикторами их развития выступают другие факторы (или их совокупность), а временной параметр не оказывает прямого влияния на степень выраженности расстройства. Направленность, динамика и характер личностных изменений отражают благоприятный или неблагоприятный прогноз реабилитации, а также сроки, когда изменения еще обратимы. Психологическая помощь должна оказываться как можно в более ранний период после возвращения из спецкомандировки, до 1 года включительно, и, при необходимости, повторяться на протяжении первых 3-х лет после участия в КТО. При отсутствии адекватных реабилитационных и психокоррекционных мер, через 3 года у части комбатантов постстрессовые нарушения могут перейти на психосоматический уровень, а усугубившиеся и зафиксировавшиеся негативные личностные изменения послужить причиной социальной дезадаптации.

4.4 Типы психологических последствий участия в КТО в различные сроки реадaptации комбатантов к мирной жизни

4.4.1 Типы адаптационного стрессового реагирования и личностных изменений комбатантов ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни

Гипотеза исследования: в ранний и отдаленный реадaptационный период у комбатантов ОВД преобладают различные типы психологических последствий (адаптационного и дезадаптационного уровней), которые могут отражать различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология». Цель исследования: описать типы психологических последствий участия в КТО и выделить сдвиги в соматическом здоровье сотрудников ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни (от момента возвращения из последней командировки).

Объект исследования: 108 сотрудников ОВД – участников КТО на территории Чеченской Республики, средний возраст обследованных ($29,5 \pm 6,4$) лет, число командировок ($1,4 \pm 0,6$), длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта ($143,9 \pm 78,5$) суток.

Для изучения особенностей личности, типов адаптационного стрессового реагирования и степени выраженности симптомов ПТСР использовались: СМИЛ Л.Н.Собчик [328], 16-ФЛО Р. Кеттелла (форма С) [140], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Особенности соматических изменений изучались путем опроса испытуемых о состоянии здоровья после участия в КТО, а также с помощью анализа статистических данных по листам нетрудоспособности. Учитывались показатели общей заболеваемости (без уточнения нозологических форм патологии): количество случаев заболевания и длительность нетрудоспособности в течение календарного года. Поскольку с момента первой спецкомандировки прошло более 3-х месяцев, ограничились анализом только субшкал ОТС и итоговых показателей ПТСР.

Классификация обследованных на три, не связанные между собой, группы произведена путем иерархической кластеризации (статистический пакет SPSS Statistics 19.0) по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний. Количество выделенных кластеров определялось по критерию «значимого скачка коэффициента слияния», стабильность групп проверялась монотонными преобразованиями [249].

В первую группу (конструктивно-адаптивный тип) вошли 32 сотрудника ОВД (29,6 %), в возрасте ($26,6 \pm 6,6$) лет, длительность нахождения в зоне вооруженного конфликта (167 ± 77) суток, период реадaptации к мирной жизни (338 ± 36) суток. В этой группе установлена минимальная, по сравнению с другими кластерами, частота ($1,4 \pm 0,9$ случаев/год) и длительность ($10,8 \pm 6,3$ сут./год) заболеваемости, что указывает на успешную адаптацию к опасным для жизни ситуациям, не затрагивающую соматический уровень. Для комбатантов ОВД, причисленных к 1-й группе, характерен незначительный уровень нервно-психической напряженности ($CO = 12,3 \pm 6,0$ ед.), оптимальная мобилизованность физических и психических сил ($BK = 1,0 \pm 0,6$ ед.), а также стенические свойства личности (код профиля по Уэлшу: 9–4/1723685:0#K–L/F:). Их отличает конструктивное эмоционально-поведенческое реагирование в стрессовой ситуации, высокая скорость ориентировки и принятия решений, склонность к риску и типично мужской стиль поведения. В экстремальной обстановке они активны, деятельны, решительны, мужественны, однако склонны подчиняться лишь авторитетному лидеру или опираться на собственный опыт. Быстрая реакция и хорошая интуиция способствуют выживанию и выполнению сложных задач в боевых условиях. При этом защитные механизмы отрицания и вытеснения из сознания тягостной информации, а также гипертимные черты позволяют сохранять оптимистический настрой, несмотря на психотравмирующую обстановку. Вероятно, это объясняет отсутствие у них симптомов постстрессовых расстройств после участия в боевых действиях.

В таблице 31 отражены типы психологических последствий участия в КТО у комбатантов ОВД в раннем и отдаленном реадaptационном периоде

Таблица 31 – Типы психологических последствий участия в КТО у комбатантов ОВД в раннем и отдаленном реадaptационном периоде

Показатели, условные обозначения	Типы последствий и значения показателей в группах обследованных (M ± σ)		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	неустойчиво- адаптивные	негативные (пограничные)
Клинико-статистические			
Возраст, лет	26,6 ± 6,6	29,6 ± 6,8	33,8 ± 6,7
Длительность командировок, сутки	167 ± 77	154 ± 64	159 ± 69
Период реадaptации, сутки	338 ± 36	679 ± 27	1430 ± 78
Частота заболеваемости, случаев/год	1,4 ± 0,9	2,0 ± 1,3	2,5 ± 1,7
Длительность заболеваемости, сут./год	10,8 ± 6,3	23,2 ± 20,1	32,1 ± 27,3
Средняя длительность 1 случая, сутки	7,7 ± 4,5	13,2 ± 15,6	16,8 ± 14,5
Психодиагностические			
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	12,3 ± 6,0	16,2 ± 6,1	22,0 ± 4,2
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,0 ± 0,6	1,2 ± 0,7	0,5 ± 0,2
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	56,2 ± 3,5	49,8 ± 5,1	48,4 ± 6,1
F (достоверность)	46,4 ± 4,5	53,5 ± 4,3	53,0 ± 5,2
K (коррекция)	61,8 ± 3,2	59,0 ± 4,8	60,6 ± 3,4
1-я (сверхконтроль)	47,2 ± 5,1	52,0 ± 6,9	53,0 ± 5,8
2-я (пессимистичность)	45,7 ± 6,5	48,3 ± 7,2	60,1 ± 8,0
3-я (эмоциональная лабильность)	44,8 ± 9,2	52,0 ± 7,7	46,0 ± 6,4
4-я (импульсивность)	53,8 ± 6,0	57,3 ± 5,8	59,0 ± 9,7
5-я (мужественность – женственность)	40,1 ± 7,0	45,9 ± 8,0	53,2 ± 7,1
6-я (ригидность)	44,6 ± 9,1	48,3 ± 8,2	55,7 ± 7,5
7-я (тревожность)	46,0 ± 3,7	50,7 ± 6,2	54,9 ± 7,9
8-я (индивидуалистичность)	43,7 ± 6,6	51,4 ± 8,3	58,3 ± 7,8
9-я (оптимистичность)	63,2 ± 6,2	60,6 ± 8,5	48,1 ± 5,9
0-я (интроверсия)	34,5 ± 5,8	44,8 ± 9,2	57,3 ± 8,3
16 ФЛО, фактор, Т-балл			
MD (адекватность самооценки)	5,4 ± 1,5	5,6 ± 1,4	4,0 ± 1,3
A (замкнутость – общительность)	6,5 ± 1,8	7,5 ± 1,9	5,8 ± 1,9
B (низкий – высокий интеллект)	3,7 ± 1,5	3,3 ± 1,9	2,7 ± 1,2
C (эмоц. лабильность – стабильность)	6,3 ± 1,7	5,7 ± 1,6	5,0 ± 1,1
E (подчиненность – доминантность)	6,9 ± 1,3	6,6 ± 1,4	5,9 ± 1,3
F (сдержанность – экспрессивность)	6,0 ± 1,6	6,1 ± 1,7	4,8 ± 0,9
G (низкая – высокая нормативность)	5,1 ± 2,0	4,4 ± 2,3	6,3 ± 2,0
H (робость – смелость)	7,0 ± 0,9	6,7 ± 1,5	4,8 ± 1,3
I (жесткость – чувствительность)	5,0 ± 1,7	5,3 ± 1,4	5,3 ± 0,9
L (доверчивость – подозрительность)	6,2 ± 1,2	4,9 ± 2,1	6,3 ± 1,9
M (практичность – мечтательность)	4,1 ± 1,9	3,4 ± 1,5	4,3 ± 1,1
N (наивность – проницательность)	4,4 ± 1,8	5,4 ± 1,6	6,0 ± 2,2
O (спокойствие – тревожность)	2,4 ± 1,5	4,0 ± 1,8	6,3 ± 1,3
Q ₁ (консерватизм – радикализм)	3,4 ± 1,7	4,1 ± 1,5	2,4 ± 1,1
Q ₂ (конформизм – нонконформизм)	3,9 ± 1,7	4,3 ± 1,6	4,4 ± 0,5
Q ₃ (низкий – высокий самоконтроль)	3,8 ± 1,8	3,6 ± 1,8	2,8 ± 2,2
Q ₄ (расслабленность – напряженность)	3,7 ± 1,4	3,7 ± 1,4	4,3 ± 1,5

Показатели, условные обозначения	Типы последствий и значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	неустойчиво- адаптивные	негативные (пограничные)
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	50,0 ± 11,4	49,0 ± 7,9	46,0 ± 8,1
Ag (агравация)	47,0 ± 9,1	52,0 ± 6,4	58,0 ± 9,2
Di (диссимуляция)	51,0 ± 10,5	48,0 ± 8,2	42,0 ± 6,2
A (травматическое событие)	45,2 ± 11,3	49,0 ± 6,9	52,5 ± 8,7
B (симптомы «вторжения»)	43,2 ± 5,5	52,1 ± 7,3	66,9 ± 5,2
C (симптомы «избегания»)	47,2 ± 7,9	55,2 ± 5,8	63,5 ± 6,9
D (симптомы «гиперактивации»)	43,9 ± 7,3	53,7 ± 9,5	61,8 ± 7,5
F (дистресс)	44,9 ± 6,3	53,2 ± 5,3	60,6 ± 8,1
ПТСР	43,8 ± 4,5	53,8 ± 4,2	64,3 ± 4,9
depress	42,5 ± 6,7	48,5 ± 5,1	58,4 ± 8,2
b (симптомы диссоциации)	44,4 ± 6,3	53,5 ± 5,6	57,9 ± 9,5
c (симптомы «вторжения»)	43,3 ± 6,0	51,9 ± 7,9	66,5 ± 4,8
d (симптомы «избегания»)	46,2 ± 9,5	55,2 ± 8,8	58,8 ± 12,9
e (симптомы «гиперактивации»)	43,3 ± 7,6	53,4 ± 5,1	61,5 ± 6,5
f (дистресс)	44,9 ± 7,5	51,8 ± 5,6	60,5 ± 8,0
ОСР	43,7 ± 6,5	52,9 ± 5,1	64,1 ± 4,4

На рисунке 25 представлены три кластера профилей личности (по СМИЛ) сотрудников ОВД, участвовавших в контртеррористических операциях.

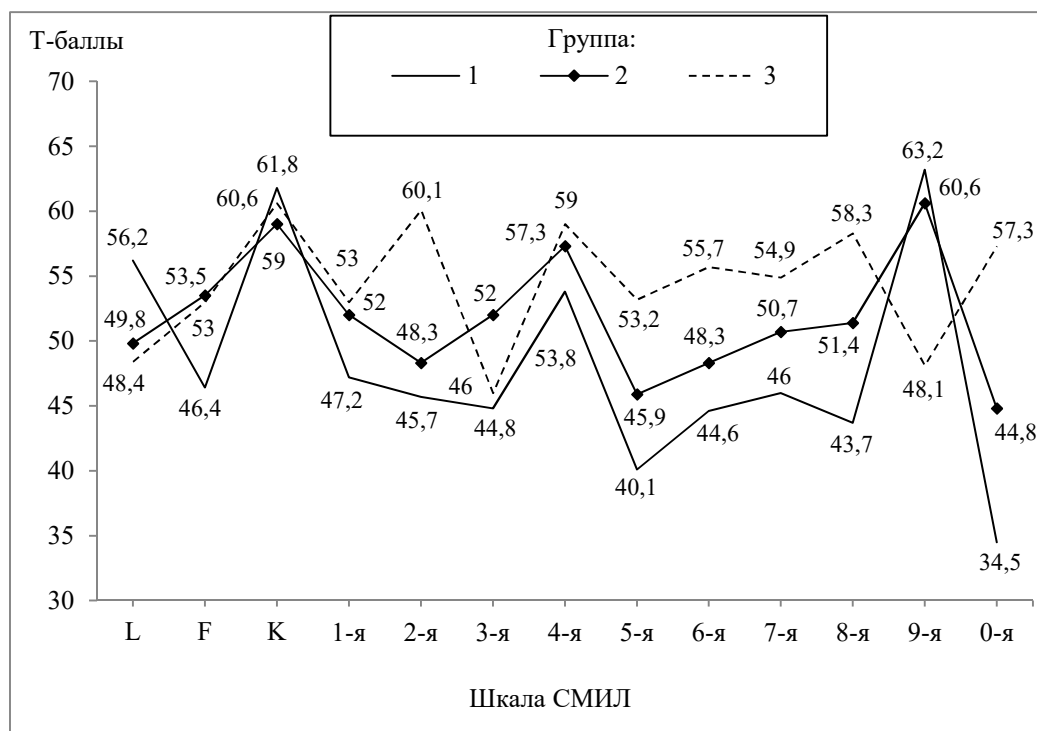


Рисунок 25 – Профили СМИЛ комбатантов ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни

Комбатанты, обладающие конструктивно-адаптивным типом поведения, имеют адекватную самооценку, характеризуются смелостью, настойчивостью, независимостью, экстравертированностью и экспрессивностью, способны выдерживать эмоциональные нагрузки, проявлять лидерские качества и принимать самостоятельные решения в боевой обстановке (факторы A^+ , C^+ , E^+ , F^+ , H^+ 16-ФЛО). Они прямолинейны, рациональны, прагматичны, невозмутимы, адекватно воспринимают действительность, умеют справляться с трудностями, однако временами проявляют импульсивность в суждениях и деятельности (факторы Γ^- , M^- , N^- , O^- , Q_3^- , Q_4^- 16-ФЛО). В экстремальной обстановке способны оперативно и нестандартно мыслить, но обладают конкретным воображением, критичны и консервативны в принятии нового, ориентированы на практическую деятельность (факторы B^+ , M^- , Q_1^- 16-ФЛО). В социальной сфере осторожны, эгоцентричны, свободны от давления моральных норм и мнения окружающих, однако конформны референтной группе, умеют работать в команде, подчиняться приказам и установленному порядку (факторы G^- , L^+ , Q_2^- 16-ФЛО). В целом, такие лица относятся к активно-конструктивному типу стрессового реагирования (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012), не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют первой группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Вторая группа (неустойчиво-адаптивный тип) включает 55 комбатантов ОВД (51,0 %), средний возраст которых составляет ($29,6 \pm 6,8$) лет; суммарная длительность спецкомандировок – (154 ± 64) суток; период реадaptации к мирной жизни – (679 ± 27 суток) или около 2-х лет. Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу): 9–413872/650:KF/L (см. рисунок 25) свидетельствует о наличии защитного механизма отрицания проблем и гиперкомпенсаторной активации: в ситуации стресса вероятным является активное эмоционально-поведенческое реагирование, однако активность носит избыточный, не всегда целенаправленный характер и может приводить к ошибочным действиям. В данном случае, к характерным стеническим свойствам личности (4-я, 9-я шкалы), аналогичным первому кластеру, присоединились шкалы, диагностирующие эмоциональные проблемы (1-я, 3-я), трудности совладания с тревогой (7-я), что, в свою очередь, сказалось на когни-

тивной сфере в виде интеллектуальной переработки тревожных опасений с уходом в мир субъективно значимых интересов (8-я). При этом искажается процесс обобщения: неправильно оцениваются текущие события, неверно прогнозируется развитие ситуации и планируется деятельность, ошибочно используется личный опыт, снижается волевой самоконтроль. Нерациональная активизация эмоционально-двигательных реакций, если она подчинена иллюзорному представлению об опасности, может привести к неэффективным действиям и поставить под угрозу не только собственную жизнь, но и здоровье окружающих. В целом, сочетание стенических и гипостенических свойств личности выявляет смешанный тип реагирования, при котором внутренний конфликт разнонаправленных тенденций может разрешиться психосоматическим вариантом дезадаптации с нарушением наиболее слабой в функциональном отношении системы организма. Сниженная 2-я при повышенных 1-й и 3-й шкалах («конверсионная пятерка» в пределах нормативного разброса), отражает невротический вариант реагирования и биологический способ защиты, при котором эмоциональная напряженность, вытесненная тревога и подавленная враждебность переходят на соматический уровень, в физиологические нарушения, условно связанные с пережитой ранее психотравмирующей ситуацией. Это подтверждает выявленная частота ($2,0 \pm 1,3$ случаев/год) и длительность временной нетрудоспособности ($23,2 \pm 20,1$ сут./год), незначительно выраженные симптомы ПТСР ($53,8 \pm 4,2$ Т-баллов): «избегания» ($55,2 \pm 5,8$ Т-баллов), физиологической гиперактивации ($53,7 \pm 9,5$ Т-баллов), на фоне среднего уровня психического напряжения ($CO = 16,2 \pm 6,1$ ед.) и умеренного симпатического возбуждения ($BK = 1,2 \pm 0,7$ ед.), свидетельствующего о мобилизации ресурсов организма. В пределах привычных сложившихся требований данные сотрудники способны активно действовать и, в случае необходимости, преодолевать усталость волевым усилием, однако затем их состояние ухудшается и наблюдается длительное снижение работоспособности. Эмоциональный дискомфорт и плохое самочувствие иногда приводят к ипохондрии, сознательному или неосознаваемому привлечению внимания окружающих к своему здоровью. Ориентация на социальные нормативы блокирует поведенческий паттерн отреагиро-

вания эмоций, способствуя перенапряжению компенсаторных механизмов, а трансформация невротической тревоги в функциональные соматические расстройства может, в отдельных случаях, служить способом ухода от социальной ответственности. Поскольку после участия в боевых действиях прошло около 2-х лет и острые эмоционально-стрессовые реакции должны были редуцироваться, вероятно, состояние невротизации и эмоциональной лабильности вызвано как личностной предрасположенностью, так и защитными адаптационными реакциями в связи с отсутствием своевременных реабилитационных мероприятий.

На рисунке 26 изображены профили по опроснику травматического стресса в трех выделенных кластерах комбатантов ОВД.

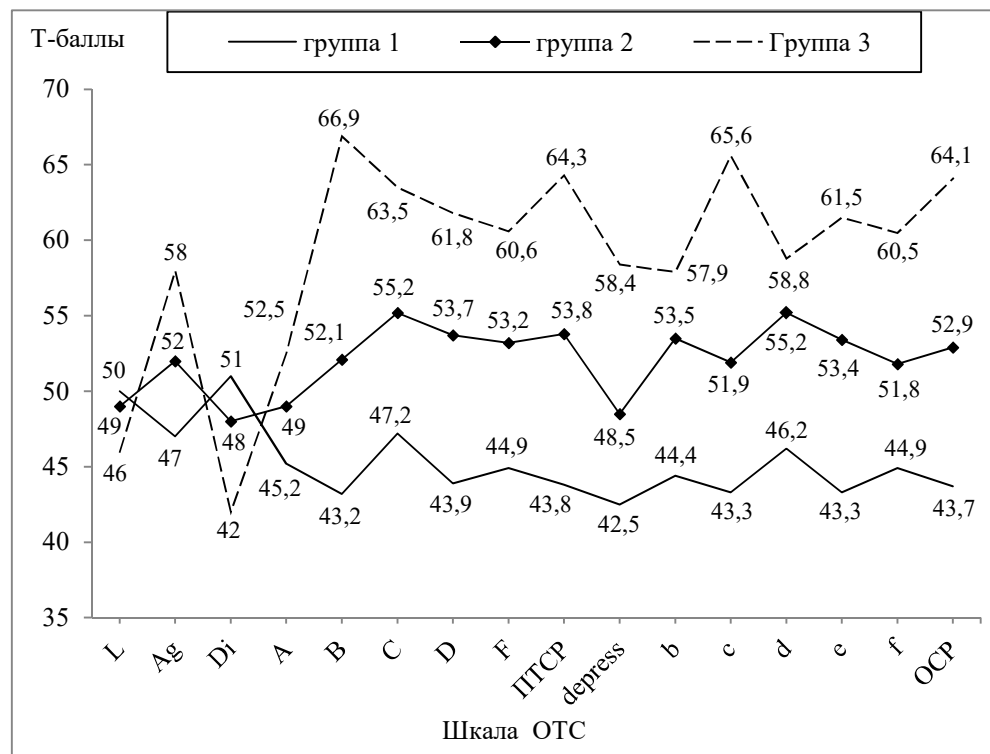


Рисунок 26 – Профили ОТС комбатантов ОВД в различные сроки реадaptации к мирной жизни

У комбатантов, причисленных к группе защитно-адаптивного типа реагирования, выражены общительность, активность, стремление к независимости, приверженность мужским стереотипам поведения на фоне повышенной возбудимости, импульсивности, конфликтности, демонстративности, низкой эмоционально-волевой регуляции (3-я, 4-я, 9-я шкалы СМИЛ, факторы A^+ , C^- , E^+ , F^+ , H^+ , Q_3^- 16-

ФЛО). Для них характерна беспечность, самонадеянность, зависимость от настроений, низкая толерантность к фрустрации, которая может проявиться аффективностью, протестными реакциями с агрессивным самоутверждением и нарушением служебной дисциплины (3-я, 4-я шкалы СМИЛ, факторы C^- , O^- , N^- , Q_3^- 16-ФЛО). Консервативность, низкая обучаемость опытом и неумение актуализировать свои знания, неорганизованность и самоуверенность снижают эффективность деятельности, однако практичность, конформность, способность проявлять активность, подчиняясь приказам руководства (1-я, 4-я, 9-я шкалы СМИЛ, факторы B^- , G^- , I^- , L^- , M^- , N^- , Q_1^- , Q_2^- , Q_4^- 16-ФЛО), позволяет им справляться со своими профессиональными обязанностями. Более высокий, по сравнению с 1-й группой, уровень симптомов ПТСР, отдельные признаки личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести данных лиц ко второй группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

В третью группу негативных (пограничных, предпатологических) последствий вошли 19,4 % сотрудников ОВД (21 человек) в возрасте ($33,8 \pm 6,7$) лет, суммарная длительность участия в КТО (167 ± 77) суток, период реадaptации к мирной жизни – (1430 ± 78 суток) или 3,9 года. Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу: 2–4806751/93K–F/L) отражает внутренне противоречивый, конфликтный тип реагирования (см. рисунок 25), в котором сочетаются противоположные черты – активность, импульсивность (4-я шкала), инертность и истощаемость (2-я). Такие лица характеризуются сочетанием возбудимых и тормозных реакций, стеничности с пассивностью и неуверенностью в себе, индивидуалистичности с конформностью, доминантности со склонностью к субдепрессивному аффекту и психастеническими чертами – тревожностью, мнительностью, утомляемостью, низкой стрессоустойчивостью (подъем 2-й, 4-й, 7-й, 8-й, 0-й шкал СМИЛ, факторы C^- , O^+ , Q_3^- 16-ФЛО). В этом случае оказываются перекрытыми каналы как поведенческого, так и невротического варианта отреагирования, что приводит к эмоциональному перенапряжению, которое может служить почвой для соматизации внутреннего конфликта, а также зависимости от психоактивных веществ.

Комбатанты ОВД, вошедшие в 3-ю группу, часто ($2,5 \pm 1,7$ случаев/год) и длительно болеют ($32,1 \pm 27,3$ сут./год), имеют повышенный уровень непродуктивной напряженности ($CO = 22,0 \pm 4,2$ ед.) и выраженную потребность в отдыхе ($BK = 0,5 \pm 0,2$ ед.). Потенциал их целенаправленной активности невысок, волевой самоконтроль регулярно истощается, в связи с отсутствием удовлетворенности от процесса и результатов деятельности, пессимистичной оценкой своих перспектив, дополнительно усиливая психическое утомление. Они пассивно реагируют на трудности, могут работать только в привычных, спокойных условиях, однако производительность и качество выполнения служебных обязанностей неравноценно в разные периоды времени. В случае опасности возможна временная эффективная мобилизация, однако в экстремальной обстановке вероятна реакция заторможенной депрессии, пассивное эмоционально-поведенческое реагирование, срыв деятельности и дезадаптация. Депрессивная окраска настроения (ведущая 2-я шкала СМИЛ) особенно настораживает в плане повышенного суицидального риска, так как сочетается со сниженным уровнем оптимизма (9-я шкала), интровертированностью, замкнутостью (0-я шкала СМИЛ, фактор A^- 16-ФЛО) и импульсивностью (4-я шкала СМИЛ, факторы C^- , Q_3^- 16-ФЛО). Следует подчеркнуть, что, если бы подъем 2-й шкалы СМИЛ возник в течение нескольких месяцев после воздействия боевых стресс-факторов, он бы расценивался как ситуационная депрессивная реакция в рамках адаптационного синдрома. Однако гипостенические черты в отдаленном от психотравмы периоде можно интерпретировать как негативные (предпатологические) личностные изменения, возникшие на фоне индивидуальной предрасположенности и заострившиеся с возрастом, ввиду отсутствия своевременной медико-психологической реабилитации после участия в КТО. Об этом свидетельствуют длительно сохраняющиеся на донологическом уровне отдельные симптомы ПТСР ($64,3 \pm 4,9$ Т-баллов): «вторжения» ($66,9 \pm 5,2$ Т-баллов), «избегания» ($63,5 \pm 6,9$ Т-баллов), «гиперактивации» ($61,8 \pm 7,5$ Т-баллов), дистресса ($60,6 \pm 8,1$ Т-баллов) и депрессии ($58,4 \pm 8,2$ Т-баллов), на фоне аггравации. Внешне поведение таких сотрудников может не расцениваться как отклоняющееся от нормы, однако внутренняя дисгармония и напряженность нарушают качество жизни, так как проявляются во вторгающихся воспоминаниях, рас-

стройствах сна, раздражительности, трудностях концентрации внимания, запоминания и воспоминания, усиливая и без того сниженное настроение, чувство несчастья, мотивацию избегания неудач.

Эмоциональный дискомфорт и трудности адаптации хронического характера компенсируются актуализацией защитных механизмов: усилением контроля сознания (2-я), вытеснением (4-я), пассивным уходом в одиночество (0-я) или воображаемый мир (8-я шкала СМИЛ). Повышение 6-й шкалы СМИЛ (в пределах нормативных значений), с одной стороны, свидетельствует о тенденции к рационализации внутреннего конфликта, с другой – об усилении ригидности, подавленной раздражительности и обиде, которые могут проявиться агрессивной, направленной вовне реакцией (механизм проекции). Существование этих психологических защит увеличивает риск психосоматических расстройств в виде сердечно-сосудистых заболеваний и аллергических реакций. Повышение 0-й шкалы в сочетании с подъемом 1-й, 7-й и 8-й шкал СМИЛ, а также факторами A^- , F^- , H^- , Q_4^- 16-ФЛО, выявляет ослабление социальных контактов, отчужденность, осторожность, сдержанность и недоверчивость к людям, социальную пассивность и низкую мотивацию к деятельности. Комбатанты данной группы реже следуют мужским стереотипам поведения (5-я шкала СМИЛ $53,2 \pm 7,1$ Т-баллов), характеризуются низкой самооценкой и чертами зависимости (от авторитетной личности, группы или объекта привязанности), которые отражаются в болезненно заостренном чувстве собственного достоинства (пики по 2-й, 4-й шкалам СМИЛ, факторы MD^- , Q_2^- 16-ФЛО). Им также свойственны конкретность и невысокая оперативность мышления, сниженные интеллектуальные интересы, реалистичность, прагматичность, житейская изворотливость, упрямство (факторы B^- , E^+ , I^- , M^- , N^+ , Q_1^- 16-ФЛО). Однако социальной адаптации могут способствовать такие черты, как терпимость, конформность, соблюдение принятых норм и инструкций, добросовестность, чувство долга и ответственности (факторы G^+ , L^- , Q_2^- 16-ФЛО). Наличие перманентно сохраняющихся донозологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, не совершенная социальная адаптация позволили предположить пограничный диапазон

личностных изменений этих лиц, соответствующий третьей группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Таким образом, участие в КТО влияет на психическое и физическое здоровье сотрудников ОВД, как в ближайшем, так и в отдаленном реедаптационном периоде, проявляясь в виде различных типов стрессового реагирования и личностных изменений: позитивных (конструктивно-адаптивных), неустойчиво-адаптивных и негативных (пограничных).

Для 29,6 % сотрудников ОВД из числа обследованных комбатантов через 1 год после возвращения из зоны вооруженного конфликта характерно конструктивное эмоционально-поведенческое реагирование в стрессовой ситуации: активность, высокая скорость реагирования и принятия самостоятельных решений, невозмутимость, смелость, умение рисковать, мужественность и оптимистический настрой. Они прагматичны, практичны, консервативны, адекватно воспринимают себя и окружающую действительность, умеют справляться с трудностями и работать в команде. Они способны как эффективно руководить, так и подчиняться приказам, успешно выполняя служебно-боевые задачи. Их адаптационные ресурсы оптимально мобилизованы и расходуются точно по необходимости, не растрачиваясь на внешнюю или внутреннюю непродуктивную деятельность. Результатом является отсутствие острых эмоциональных реакций, посттравматических нарушений и соматических расстройств. Вероятно, успешная адаптация к деятельности в экстремальных условиях и последующая реедаптация к мирной жизни, характерна для тех профессионалов, у которых накопленный боевой опыт (знания, умения и навыки побеждать), привел к смене первичного активного стрессового реагирования на конструктивное (отважное).

У 51 % комбатантов ОВД выявлен неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений, активное эмоционально-поведенческое реагирование, которое, через 2 года после участия в КТО, приняло гиперкомпенсаторный характер в ситуации перманентных повседневных стрессоров. Им свойственны эмоциональная лабильность, импульсивность, конфликтность, низкий волевой контроль эмоций и поведения, симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (доклинического уровня).

Эмоциональный дискомфорт, психическая напряженность, связанные с вытесненной тревогой, подавленной враждебностью и противоречивым типом реагирования, привели к актуализации защитных механизмов: психологических (отрицания, вытеснения, невротического контроля, интеллектуальной трансформации тревоги с уходом в воображаемую реальность, симптомов «избегания» ПТСР (донозологического уровня); биологических (вегетативный дисбаланс, функциональные нарушения внутренних органов). Эти механизмы, дополняя друг друга, создают условия для снижения иммунного статуса и манифестации психосоматических расстройств, что косвенно подтверждается повышением частоты ($2,0 \pm 1,3$ случаев/год) и длительности ($23,2 \pm 20,1$ сут./год) заболеваемости у данной категории лиц. Вытеснение из сознания внутриличностного конфликта происходит неосознанно, как невротическая защита от стресса, которая, сказываясь на когнитивной сфере, может приводить к искажению процессов обобщения и неэффективной деятельности. Вероятно, доминирование эмоционально-поведенческого субсиндрома и невротические проявления связаны с личностной предрасположенностью (импульсивностью, демонстративностью, эмоциональной неустойчивостью, тревожностью и др.), а также с несвоевременными (или недостаточно адекватными) мероприятиями психологической коррекции после воздействия боевого стресса. Адаптация достигается сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов, мобилизацией ресурсов организма, а также самокомпенсацией защитными механизмами, напряженность которых обуславливает риск функциональных соматических нарушений. В целях предотвращения дальнейшего ухудшения самочувствия и профилактики посттравматических личностных расстройств таким сотрудникам показаны психокоррекционные мероприятия, индивидуальная и семейная психотерапия, совместно с психофизиологической регуляцией состояния и лечением соматической патологии.

Для 19,4 % комбатантов ОВД через 4 года после воздействия боевых стресс-факторов характерен смешанный тип реагирования, пессимистичность, замкнутость, недоверчивость к людям, индивидуалистичность, фрустрированность, склонность к субдепрессивному аффекту, психастенические черты, низкая стрессоустойчивость, импульсивность, ригидность, умеренно повышенный симптом «вторжения» ПТСР, а

также симптом «избегания», «гиперактивации», дистресса и депрессии субклинического уровня. Им свойственны низкая самооценка, социальная пассивность, конформность и зависимость от окружения. На доминирование вегетативного субсиндрома стресса указывают признаки психофизиологического утомления, нервно-психической напряженности, инертность и истощаемость, а также проявления вегетативной дисфункции (одновременное существование возбуждаемых и тормозных реакций, частая ($2,5 \pm 1,7$ случаев/год) и длительная ($32,1 \pm 27,3$ сут./год) заболеваемость). В экстремальной обстановке вероятны пассивное эмоционально-поведенческое реагирование, депрессивная реакция, срыв деятельности и дезадаптация (суицидальный риск, злоупотребление психоактивными веществами, психосоматические расстройства). У них напряжены компенсаторные функции психической деятельности и задействованы различные защитные механизмы (психологического и физиологического уровня), которые истощают адаптационные ресурсы, приводя к негативным (пограничным) личностным изменениям, а субкомпенсированные симптомы постстрессовых нарушений теряют связь с первичными психотравмирующими факторами и переходят на уровень соматических расстройств. Негативные последствия для психического и соматического здоровья, вероятно, связаны с изначально существовавшими индивидуальными особенностями комбатантов (пассивно-стрессовое реагирование, ваготоническая направленность вегетативных сдвигов, пессимистичность, интровертированность, и др.), а также неэффективностью защитных механизмов, находящихся в состоянии длительной мобилизации, ввиду отсутствия своевременной медико-психологической реабилитации, приведшей к интерференции боевой психотравмы с хроническими стрессорами повседневной жизни. Таким сотрудникам показано лечение соматической патологии, совместно с релаксационными процедурами (рефлексо- и ароматерапией, аутогенной тренировкой, электросном, общим и точечным массажем, бальнеопроцедурами и др.), семейной и индивидуальной психотерапией (телесно-ориентированной, когнитивно-бихевиоральной, психодинамической, гештальт, нейролингвистического программирования и др.).

Для иллюстрации выводов приведем примеры, содержащие биографические данные, цитаты из беседы и результаты обследования сотрудников ОВД с разным типом последствий участия в контртеррористической операции.

Дмитрий В., 27 лет, образование средне-специальное (монтажник радиоэлектронной аппаратуры). В период с 11.1994 по 03.1995 гг. участвовал в ликвидации вооруженного конфликта на территории Чеченской республики. Длительность пребывания в районе боевых действий – 140 суток. Период реадaptации к мирной жизни – 379 суток. Женат, имеет двоих детей. Взаимоотношения в семье оценивает как «хорошие», конфликты отрицает. Частота заболеваемости – 2 случая за истекший год, длительность заболеваемости – 14 суток/год, средняя длительность одного случая заболевания – 7 суток. На контакт с психологом идет охотно, общителен, общеобразовательный уровень невысокий. В беседе сообщает, что спортом не занимается, ЧМТ отрицает. Не курит, алкоголь употребляет редко и умеренно («по праздникам – водка, грамм 150-200, иногда пиво с друзьями»). Употребление наркотиков отрицает («лучше водки выпить, чем эту дурь курить»). Рассказывает, что «в Чечне было страшно сначала, но через месяц ко всему привыкаешь». Избегает говорить о боевых эпизодах: «хочется вспоминать только друзей-сослуживцев, все остальное – в прошлом», «не люблю смотреть фильмы о войне в Чечне, там все не так показывают, как было на самом деле». Характеризует себя как «смелого, рискованного парня», оптимистично смотрит в будущее. Среди своих недостатков отмечает: «иногда ленюсь, не все дела довожу до конца». По данным психологического обследования выявлен средний уровень психического напряжения, оптимальная психофизиологическая мобилизованность (цветовой ряд – 25364017; CO=14; BK=1); отсутствие симптомов ПТСР («вторжения» – 50 Т-баллов, «гиперактивации» – 49 Т-баллов; «избегания» и депрессии – 46 Т-баллов; ПТСР – 48 Т-баллов); стенический тип реагирования, активная жизнелюбивая позиция с опорой на накопленный опыт, мужественность (профиль СМИЛ по Уэлшу: 9-47812/3560:K-F/L), стрессоустойчивость (фактор Q₄⁻ 16-ФЛО; норма E, M и I-реакции, тест С. Розенцвейга), продуктивный стиль поведения, направленный на преодоление трудностей (NP-реакции выше нормы). Общителен, сообразителен, готов к риску, обладает волевыми качествами, способен оперативно действовать (факторы 16-ФЛО: A⁺, B⁺, F⁺, H⁺, M⁺, Q₃⁺). Хорошо понимает групповые нормы поведения (фактор Q₂⁻) и успешно адаптируется к социальному окружению (КГА=46,4). Тип последствий – конструктивно-адаптивный (позитивный), в психологической реабилитации не нуждается.

Валерий О., 29 лет, образование средне-специальное (фельдшер). Во время срочной службы в Российской армии в период с 18.12.1994 – 09.04.1995 находился на территории Чеченской Республики в течение 112 суток («послали весь мотострелковый полк»). Период реадaptации – 736 суток. Женат, имеет сына. Взаимоотношения в семье оценивает как «нормальные», конфликты отрицает. Количество случаев заболевания за истекший год – 2, количество суток нетрудоспособности – 28, сред-

няя длительность одного случая заболевания – 14 суток. В беседе с психологом жалоб на самочувствие не предъявляет, соглашается пройти обследование. Сообщает, что спортом не занимается, ЧМТ отрицает. Курит (1 пачка на 2 дня), алкоголь употребляет периодически («по выходным пиво 1,5 литра, чтобы расслабиться», «в день рождения или в праздник – 0,5 л водки»). Употребление наркотиков отрицает. Рассказывает, что в период КТО «работал фельдшером, перевозил раненых», «приходилось и трупы видеть, и стрелять», «когда вернулся – долго сны снились, да и сейчас иногда война снится». Своими положительными качествами считает «ответственность, порядочность», «смерти не боюсь – на войне отбило это ощущение». Среди своих недостатков отмечает: «вспыльчивость», «упрямство», «эгоистичность, взбалмошность, стремление похулиганить», «лень – не хватает силы воли, чтобы бросить курить, не все дела довожу до конца». По данным психологического обследования выявлен средний уровень психического напряжения, повышенное психофизиологическое возбуждение (цветовой ряд – 40625317; СО=18; ВК=1,6); симптомы «избегания» – 64 Т-балла, «вторжения» – 60 Т-баллов; «гиперактивации» – 66 Т-баллов; дистресса – 59 Т-баллов, ПТСР – 62 Т-балла; стенический тип стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт (профиль СМИЛ по Уэлшу: 9-468712/30:5# FK/L). Оптимистичен, импульсивен, прямолинеен, не склонен углубляться в серьезные проблемы и может игнорировать жизненный опыт. Характерен защитный механизм отрицания реально существующих проблемных ситуаций и негативных состояний. Испытывает затруднения в установлении новых контактов и при принятии социальных решений (факторы А⁺, F⁺, Н⁻ 16-ФЛО). Навыки конструктивного поведения в стрессовой ситуации развиты недостаточно. В конфликте экспрессивен, проявляет внешнеобвинительные реакции. В поведении ориентирован на собственные принципы, предпочитает независимость, самостоятельность. В ответ на авторитарное давление проявляет упрямство, несговорчивость («не люблю уступать, всегда настаиваю на своем»). Характерен консерватизм и критичность в принятии нового, направленность на практическую деятельность (факторы В⁻, М⁻, N⁻, Q₁⁻ 16-ФЛО). Тип последствий – неустойчиво-адаптивный, ввиду имеющегося психосоматического статуса и донозологических симптомов ПТСР рекомендованы релаксационные процедуры, психокоррекция (импульсивного поведения, обучение конструктивным способам разрешения конфликтов) и психотерапия (когнитивная, клиент-центрированная, гештальт-терапия, телесно-ориентированная терапия и др.), воздержание от курения и употребления алкоголя.

Игорь Т., 30 лет, образование высшее (инженер по эксплуатации средств связи). Во время срочной службы в Российской армии в период с 13.04.1995 – 15.07.1995 в составе объединенной группировки войск находился на территории СКР в течение 90 суток. На момент обследования период последствия составил 1460 суток. Частота заболеваемости за истекший год: 5 раз, длительность нетрудоспособности – 65 суток, средняя длительность одного случая заболевания – 13 суток. Женат, имеет дочь. В беседе с психологом жалоб на самочувствие не предъявляет, сообщает, что не живет в браке 3 года, хотя официально не разведен. Наличие семейных проблем отрицает. С доче-

рью общается редко, «даю деньги – 2 тысячи руб. в месяц». В течение последних 3-х лет проживает с 20-летней женщиной и ее семьей (матерью и братом). На вопрос, собирается ли он повторно жениться, отвечает: «Зачем? Ну, может и распишемся года через 2-3, детей она пока не хочет. Развод, если потребуется, жена даст, но я пока не хочу разводиться. Жену устраивает, что я живу отдельно». Курит («1 пачку в день»), алкоголь употребляет: «Для меня норма – 0,5 л водки на человека, но я могу себя контролировать, когда выпью – я спокойный. Похмелье снимаю водой и пивом». ЧМТ и употребление наркотиков отрицает. В поведении замкнут, эмоционально сдержан, снижена потребность в самовыражении и жизненный тонус. Демонстрирует стремление соответствовать общепринятым нормам поведения, своими положительными качествами считает «ответственность, серьезность, честность». Среди недостатков отмечает «необщительность», «иногда вспыльчивость». По данным психологического обследования выявлена выраженная психическая напряженность, психофизиологическое истощение (цветовой ряд – 72105364; СО=26; ВК= 0,3); симптомы «избегания» – 76 Т-баллов, «вторжения» – 62 Т-балла; «гиперактивации» – 56 Т-баллов; дистресса – 68 Т-баллов, депрессии – 60 Т-баллов; ПТСР – 65 Т-баллов. У обследуемого наблюдается смешанный тип реагирования, пессимистичность, замкнутость, инертность психических функций, отгороженность и отчужденность, ригидность установок, субъективизм, раздражительность (профиль СМИЛ по Уэлшу: 0'2-46879/153:KL/F), социальная пассивность, несамостоятельность, низкая оперативность мышления и мотивация к деятельности (A^- , B^- , F^- , H^- , L^- , Q_2^- , Q_4^- 16-ФЛО). Навыки конструктивного поведения в конфликтных ситуациях развиты недостаточно, склонен преувеличивать трудности. Отрицательные эмоции часто направляет на окружающих, выражая в их адрес упреки и выискивая виноватых (Е, ED реакции выше нормы, тест С. Розенцвейга). Считает, что окружающие должны нести ответственность за него и его действия. Плохо понимает групповые нормы поведения и испытывает затруднения в социальной адаптации (КГА=39,3; тест С. Розенцвейга), проявляет агрессию с близкими людьми ($I = 0$, Hand-тест). В стрессовых ситуациях вероятно формирование тормозимых или импульсивных реакций с потерей самоконтроля, срыв деятельности и дезадаптация. Тип последствий – пограничный (негативный). Склонность разрешать фрустрирующие ситуации с существенными эмоциональными затратами обуславливает вероятность возникновения астенизации, угнетенных состояний, депрессии, психосоматических заболеваний, дезадаптации не только в экстремальных, но и в обычных условиях несения службы. Показано лечение соматической патологии, закаливающие и релаксационные процедуры, регулярные занятия спортом, психокоррекция и психотерапия (когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия, символдрама, и др.), консультация нарколога (зависимость от ПАВ).

4.4.2 Типы адаптационного стрессового реагирования и личностных изменений комбатантов ОМОН в различные сроки реадaptации к мирной жизни

Гипотеза исследования: в ранний и отдаленный периоды возвращения комбатантов ОМОН к мирной жизни преобладают различные типы психологических последствий (адаптационного и дезадаптационного уровней), которые могут отражать различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

Объект исследования: 108 бойцов ОМОН – участников КТО на территории Чеченской Республики, в возрасте ($28,2 \pm 4,3$) года, среднее число командировок в зону КТО ($4,3 \pm 2,5$), средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта (303 ± 153) суток.

Для изучения типов адаптационного стрессового реагирования, выраженности симптомов ПТСР, особенностей личности использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328], 16-ФЛО Р. Кеттелла (форма С) [140], тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Поскольку с момента первой командировки прошло более 3-х месяцев, ограничились анализом только субшкал ОТС и итоговых показателей ПТСР.

Классификация обследованных на три, не связанные между собой, группы произведена с помощью статистического пакета «SPSS Statistics 19.0», путем иерархической кластеризации по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний. Количество выделенных кластеров определялось по критерию «значимого скачка коэффициента слияния», стабильность групп проверялась монотонными преобразованиями [249].

В таблице 32 представлены три группы бойцов ОМОН, различающихся по психологическим последствиям участия в контртеррористических операциях в раннем и отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни.

Таблица 32 – Типы психологических последствий участия в КТО бойцов ОМОН в раннем и отдаленном реадaptационном периоде

Показатели, условные обозначения	Типы последствий и значения показателей в группах обследованных (M ± σ)		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	неустойчиво- адаптивные	негативные (пограничные)
Статистические			
Возраст, лет	25,5 ± 3,6	28,3 ± 3,4	31,4 ± 2,6
Длительность командировок, сутки	173 ± 79	303 ± 78	431 ± 113
Период реадaptации, сутки	225 ± 153	902 ± 135	1285 ± 178
Психодиагностические			
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	7,8 ± 3,3	9,3 ± 3,6	14,1 ± 5,2
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,2 ± 0,9	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,7
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	52,0 ± 10,2	57,0 ± 10,1	53,0 ± 8,6
F (достоверность)	54,0 ± 5,6	54,0 ± 5,3	56,2 ± 7,5
K (коррекция)	60,0 ± 8,5	61,7 ± 6,9	58,2 ± 7,8
1-я (сверхконтроль)	49,3 ± 4,5	59,0 ± 4,9	61,3 ± 7,2
2-я (пессимистичность)	49,8 ± 6,2	60,3 ± 8,2	63,6 ± 11,5
3-я (эмоциональная лабильность)	49,1 ± 4,5	56,7 ± 7,1	58,7 ± 7,7
4-я (импульсивность)	56,0 ± 7,4	63,4 ± 5,3	63,4 ± 3,0
5-я (мужественность – женственность)	48,8 ± 5,1	53,8 ± 4,7	56,5 ± 5,0
6-я (ригидность)	47,6 ± 5,1	55,7 ± 7,5	59,7 ± 8,9
7-я (тревожность)	49,9 ± 7,4	56,3 ± 5,9	52,2 ± 8,1
8-я (индивидуалистичность)	54,4 ± 8,5	62,0 ± 5,3	62,3 ± 6,2
9-я (оптимистичность)	59,8 ± 7,4	54,9 ± 9,1	48,3 ± 6,8
0-я (интроверсия)	45,8 ± 6,6	48,8 ± 5,4	52,0 ± 8,0
16-ФЛО, фактор, Т-балл			
A (замкнутость – общительность)	7,6 ± 1,4	7,3 ± 1,7	6,0 ± 1,6
B (низкий – высокий интеллект)	6,3 ± 1,9	6,2 ± 1,9	6,8 ± 1,8
C (эмоц. нестабильн. – стабильность)	8,5 ± 1,5	7,5 ± 1,6	6,2 ± 1,7
E (подчиненность – доминантность)	4,8 ± 1,9	5,2 ± 1,4	4,9 ± 1,7
F (сдержанность – экспрессивность)	6,8 ± 1,2	6,4 ± 1,7	5,1 ± 1,6
G (низкая – высокая нормативность)	7,2 ± 1,7	7,2 ± 1,2	6,3 ± 1,4
H (робость – смелость)	7,9 ± 1,5	7,3 ± 1,6	6,5 ± 1,8
I (жесткость – чувствительность)	4,7 ± 1,9	4,9 ± 1,7	5,7 ± 1,2
L (доверчивость – подозрительность)	5,8 ± 2,1	5,2 ± 2,1	6,1 ± 1,7
M (практичность – мечтательность)	3,9 ± 1,5	4,7 ± 1,8	4,7 ± 1,7
N (наивность – проницательность)	7,3 ± 1,9	6,4 ± 1,9	6,5 ± 1,8
O (спокойствие – тревожность)	3,4 ± 1,7	4,0 ± 1,7	5,0 ± 1,5
Q ₁ (консерватизм – радикализм)	4,7 ± 1,9	4,9 ± 1,7	4,4 ± 1,8
Q ₂ (конформизм – неконформизм)	3,4 ± 1,8	4,2 ± 1,4	4,8 ± 1,9
Q ₃ (низкий – высокий самоконтроль)	8,9 ± 1,5	8,6 ± 1,3	8,3 ± 1,4
Q ₄ (расслабленность – напряженность)	2,9 ± 1,6	4,0 ± 1,4	4,5 ± 1,5

Показатели, условные обозначения	Типы последствий и значения показателей в группах обследованных (M ± σ)		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	неустойчиво- адаптивные	негативные (пограничные)
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	53,0 ± 10,2	53,1 ± 11,4	55,0 ± 10,3
Ag (агравация)	44,3 ± 6,7	46,0 ± 8,6	49,0 ± 12,0
Di (диссимуляция)	52,6 ± 7,9	53,5 ± 7,4	49,9 ± 10,1
A (травматическое событие)	47,9 ± 7,5	52,8 ± 7,2	55,5 ± 9,8
B (симптомы «вторжения»)	40,2 ± 6,8	58,1 ± 6,3	63,5 ± 7,7
C (симптомы «избегания»)	40,5 ± 8,0	52,9 ± 6,2	62,0 ± 11,3
D (симптомы «гиперактивации»)	39,2 ± 7,8	55,7 ± 5,3	62,5 ± 4,9
F (дистресс)	39,8 ± 6,6	52,7 ± 5,9	61,5 ± 6,4
ПТСР	38,8 ± 6,9	55,8 ± 4,3	64,0 ± 4,2
depress	37,0 ± 5,3	50,9 ± 6,6	62,4 ± 4,2
b (симптомы диссоциации)	40,8 ± 6,0	52,6 ± 6,5	63,5 ± 3,5
c (симптомы «вторжения»)	39,9 ± 7,0	57,7 ± 6,0	61,5 ± 2,9
d (симптомы «избегания»)	40,3 ± 10,1	47,7 ± 6,2	49,0 ± 7,0
e (симптомы «гиперактивации»)	38,9 ± 7,8	55,6 ± 5,3	62,5 ± 3,5
f (дистресс)	40,3 ± 7,5	51,9 ± 6,4	60,5 ± 4,2
ОСР	39,1 ± 6,8	55,1 ± 4,8	63,5 ± 3,5

На рисунке 27 представлены три кластера профилей личности по СМИЛ бойцов ОМОН, участвовавших в контртеррористических операциях.

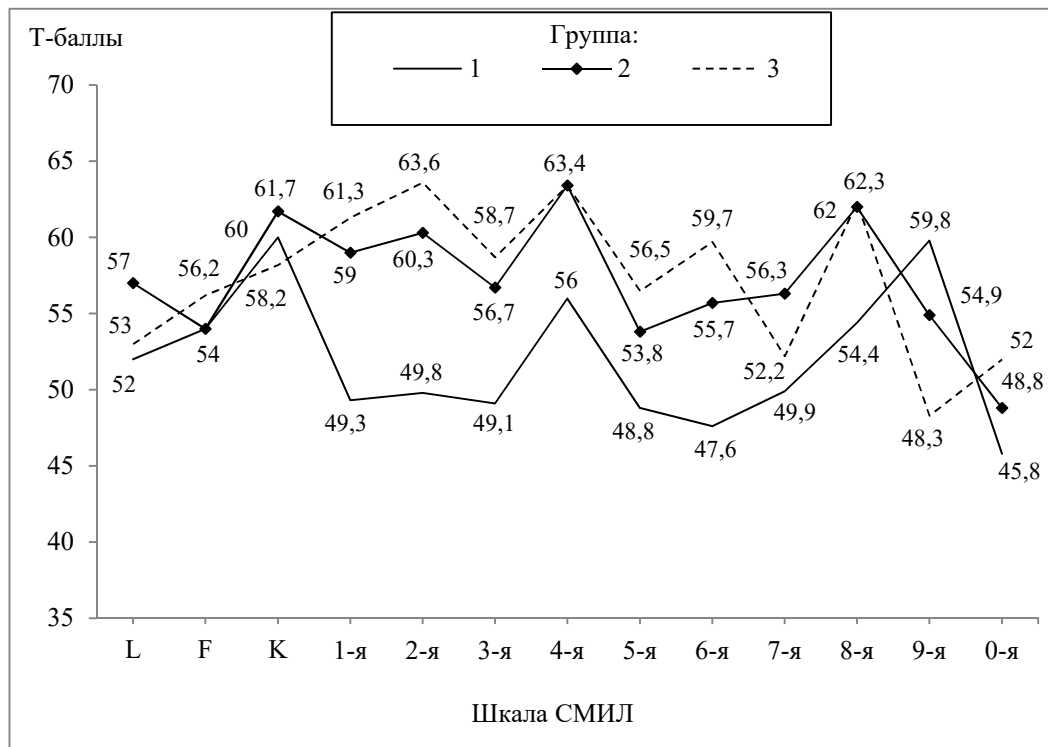


Рисунок 27 – Профили СМИЛ комбатантов ОМОН в различные сроки реадaptации к мирной жизни

Первую группу (конструктивно-адаптивный тип последствий) составили 67 бойцов ОМОН (62 %) в возрасте ($25,5 \pm 3,6$) года; длительность нахождения в зоне вооруженного конфликта (173 ± 79) суток, период реадaptации к мирной жизни – (225 ± 153) суток или 0,6 года. Их отличает стенический тип реагирования, активный, типично мужской стиль поведения с чертами индивидуалистичности и стремлением к независимости (код по Уэлшу профиля СМИЛ: 948/7213560:KFL/), оптимальная мобилизованность физических и психических сил, умеренное деятельное возбуждение ($BK = 1,2 \pm 0,9$ ед.) на фоне незначительной нервно-психической напряженности ($CO = 7,8 \pm 3,3$ ед.). При наличии боевого опыта и хорошей подготовки у данных лиц, вероятно, конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: способность быстро анализировать ситуацию, мужественно и решительно действовать, сообразно меняющейся обстановке, смело идти на риск. Гипертимные черты, оптимизм, защитные психологические механизмы отрицания и вытеснения из сознания негативных переживаний позволяют им преодолевать психотравмирующую обстановку и обуславливают отсутствие симптомов ПТСР. Однако в случае выполнения сложных боевых задач неопытными или недостаточно подготовленными молодыми бойцами возможны недооценка серьезности ситуации, пренебрежение опасностью, самонадеянность, избыточная и нецеленаправленная активность.

Бойцы ОМОН, отнесенные к 1-й группе группы характеризуются экстравертированностью, экспрессивностью, предприимчивостью, самостоятельностью, самоуверенностью, отвагой, склонностью к риску, работоспособностью, но нетерпимостью к монотонной деятельности, способностью выдерживать эмоциональные нагрузки и проявлять лидерские качества в экстремальной обстановке (факторы A^+ , C^+ , F^+ , N^+ 16-ФЛО). Они рациональны, реалистичны, практичны, спокойно и адекватно воспринимают действительность, обладают сильной волей, умеют контролировать свое поведение и справляться с трудностями (факторы I^- , M^- , O^- , Q_3^+ , Q_4^- 16-ФЛО), а также проникательны, сообразительны, способны находить выход из сложных ситуаций, при этом консервативны и обладают конкретным воображением (факторы B^+ , Q_1^- , N^+ 16-ФЛО). Социальное поведение характеризуется бдитель-

ностью, осторожностью, организованностью, ответственностью, приверженностью моральным нормам, конформизмом по отношению к референтной группе – умением работать в команде, проявлять взаимовыручку, подчиняться приказам и установленному порядку (факторы E^- , L^+ , G^+ , Q_2^- 16-ФЛО). В целом, данные лица относятся к активно-конструктивному типу стрессового реагирования (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012), не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют первой группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Вторая группа (неустойчиво-адаптивный тип последствий) включает 23 бойца ОМОН (21,3 %), средний возраст которых составляет ($28,3 \pm 3,4$) года, средняя длительность спецкомандировки (303 ± 78) суток, период реадaptации к мирной жизни (902 ± 135 суток) или около 2,5 лет Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу: 482-137695/0:K-FL/) свидетельствует о наличии у этих комбатантов импульсивности, склонности к риску, доминантности, жесткости, эгоцентризма, индивидуалистичности, приверженности мужским стереотипам поведения с опорой на личный опыт и интуицию (см. рисунок 27). Они самостоятельны, независимы, уверены в себе, обладают сильной волей, свободно общаются на формально-деловом уровне, проявляют лидерские качества, однако легко возбудимы и экспрессивны (4-я, 8-я шкалы СМИЛ, факторы A^+ , C^+ , E^- , F^+ , H^+ , O^- , Q_3^+ , Q_4^- 16-ФЛО). Бойцам ОМОН 2-й группы свойственны логичность и оперативность мышления, практичность, расчетливость, нестандартный подход к решению сложных задач, но осуществление намерений затрудняет нетерпеливость и склонность к протестным реакциям (4-я, 8-я шкалы СМИЛ, факторы B^+ , I^- , M^- , N^+ 16-ФЛО). Внешнее безразличие и эмоциональная холодность в субъективно значимых ситуациях могут перейти в агрессивную реакцию с импульсивными действиями. В стрессе они способны проявлять активное эмоционально-поведенческое реагирование, храбрость, инициативность, однако в повседневной жизни их энергичность зависит от субъективного отношения к ситуации и мотивации к деятельности. У них установлен незначительный уровень непродуктивной напряженности ($CO = 9,3 \pm 3,6$ ед.) на фоне избыточного симпатического возбуждения ($BK = 1,6 \pm 0,8$ ед.), превышающего способность к целесообразной реализации в действии. Поэтому в

боевой обстановке имеется риск нерациональной гиперактивности, которая усугубит опасность для жизни, не только своей, но и сослуживцев. Актуализация защитных механизмов вытеснения (4-я шкала СМИЛ) и интеллектуальной трансформации тревоги (8-я) помогают справиться с перманентной психотравмирующей обстановкой, однако при этом искажается процесс обобщения, неверно оценивается текущая ситуация, ошибочно прогнозируются события и планируется деятельность. Умеренное повышение 2-й шкалы СМИЛ, вероятно, указывает на гипотимическую реакцию в рамках адаптационного синдрома, на фоне конфликтности в аффективной сфере (1-я, 3-я шкалы) и вытесненной тревоги (7-я шкала). У бойцов ОМОН 2-й группы выявлен донозологический уровень симптомов ПТСР (55,8 ± 4,3 Т-баллов): «вторжения» (58,1 ± 6,3 Т-баллов), физиологической гипервозбудимости (55,7 ± 5,3 Т-баллов), «избегания» (52,9 ± 6,2 Т-баллов) и дистресса (52,7 ± 5,9 Т-баллов). На рисунке 28 изображены профили ОТС в трех выделенных кластерах комбатантов ОМОН.

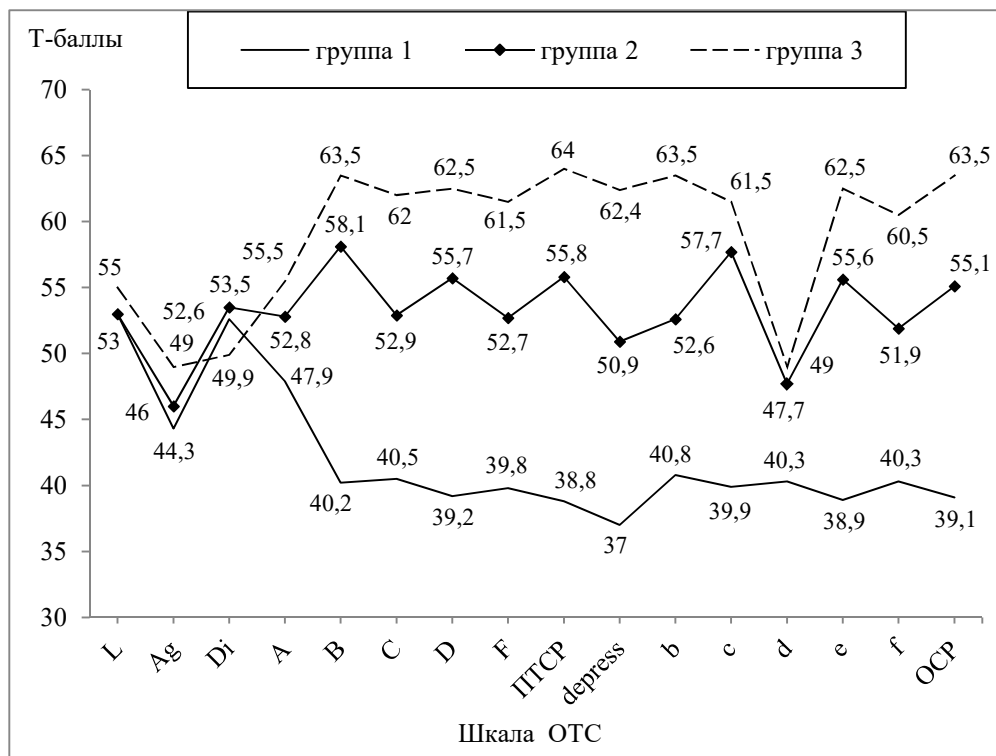


Рисунок 28 – Профили ОТС комбатантов ОМОН в различные сроки реадaptации к мирной жизни

В целом, адаптация комбатантов, причисленных к группе неустойчиво-адаптивного типа реагирования, достигается уравновешенностью гипер- и гипостенических свойств личности, когда психопатические черты компенсируются конформизмом, добросовестным исполнением служебных обязанностей, строгим соблюдением инструкций и приказов (факторы G^+ , L^- , Q_2^- 16-ФЛЮ), однако стремление соответствовать требованиям социума может привести к перенапряжению компенсаторных механизмов и последующей дезадаптации. Более высокий, по сравнению с 1-й группой, уровень симптомов ПТСР, отдельные признаки личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести данных лиц ко второй группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

В третью группу с негативными (пограничными, предпатологическими) последствиями вошли 16,7 % бойцов ОМОН (18 человек) в возрасте ($31,4 \pm 2,6$) года, длительность участия в КТО (431 ± 113) суток, период реадaptции к мирной жизни – 3,5 года (1285 ± 178 суток). Средний уровень психического напряжения ($CO = 14,1 \pm 5,2$ ед.) и избыточное возбуждение ($BK = 1,6 \pm 0,7$ ед.), свидетельствующее о симпатической гиперактивации, повышают риск неконструктивных реакций в экстремальной ситуации (импульсивные действия, потеря контроля над эмоциями, панические переживания). На фоне астенизации длительным стрессом возможно возникновение депрессивного фона настроения и пассивное стрессовое реагирование (профиль СМИЛ по Уэлшу 2481-63570/9:KFL/). Подъем 2-й шкалы (см. рисунок 27) в отдаленном периоде реадaptции к мирной жизни, вероятно, связан не столько с ситуативной реакцией на психотравму, сколько с гипотимическими личностными особенностями. В 3-й группе (см. рисунок 28) длительно сохраняются доклинические симптомы ПТСР ($64,0 \pm 4,2$ Т-баллов): «вторжения» ($63,5 \pm 7,7$ Т-баллов), «гиперактивации» ($62,5 \pm 4,9$ Т-баллов); депрессии ($62,4 \pm 4,2$ Т-баллов), «избегания» ($62,0 \pm 11,3$ Т-баллов) и дистресса ($61,5 \pm 6,4$ Т-баллов). Причем у ригидных (6-я шкала СМИЛ; $r = 0,34$), интровертированных (0-я шкала; $r = 0,26$) лиц зрелого возраста симптомы «гиперактивации» ($r = 0,44$), «вторжения» ($r = 0,32$), ОСР и ПТСР ($r = 0,40$) проявляются сильнее. Травматические воспоминания

нения усиливаются с течением времени (период последствий; $r = 0,29$), отражаясь в симптомах «вторжения» ($r = 0,32$), усугубляют тревожность (О-фактор 16-ФЛО; $r = 0,30$), фрустрированность личности (Q₄-фактор; $r = 0,44$) и симптомы «избегания» ПТСР ($r = 0,30$). При этом имеет место замкнутость (А-фактор 16-ФЛО; $r = -0,43$), низкий волевой самоконтроль (Q₃-фактор 16-ФЛО; $r = -0,28$), эмоциональная неустойчивость, импульсивность (С-фактор 16-ФЛО; $r = -0,28$) и неконформизм (Q₂-фактор 16-ФЛО; $r = 0,33$).

Комбатантам 3-й группы свойственны эмоциональная холодность, отчужденность, осторожность, социальная обособленность, настороженность к окружающим, скептицизм, апатия и низкая мотивация к деятельности (1-я, 2-я, 8-я и 0-я шкалы СМИЛ, факторы A^- , F^- , L^+ , N^+ , Q_4^- 16-ФЛО). В их характере практичность, упорство в отстаивании своего мнения, ригидность (6-я шкала, факторы, C^+ , H^+ , M^- , Q_1^- 16-ФЛО) сочетаются с чертами зависимости, сенситивности и болезненно заостренным чувством собственного достоинства (2-я, 4-я и 5-я шкалы; факторы E^- , I^+ , Q_2^- 16-ФЛО). Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, утомляемость (С-фактор 16-ФЛО) усиливаются с возрастом ($r = -0,32$) и более выражены у ригидных (6-я шкала СМИЛ, $r = -0,36$), интровертированных (0-я шкала СМИЛ, $r = -0,26$) личностей. Два равновысоких пика 2-й и 4-й шкал СМИЛ, в совокупности с 8-й (см. рисунок 27), указывают на внутренний конфликт разнонаправленных тенденций, усиленный чертами индивидуалистичности. Сочетание гипостенических (инертность, пессимистичность, пассивность, конформность) и стенических свойств личности (возбудимость, импульсивность, конфликтность), ориентация на социальные нормативы и сознательное сдерживание негативных эмоций (1-я, 2-я шкалы СМИЛ, фактор Q_3^+ 16-ФЛО) блокирует поведенческий паттерн их отреагирования, способствуя перенапряжению компенсаторных механизмов и развитию признаков невротизации. Наличие перманентно сохраняющихся донозологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, не совершенная социальная адаптация позволили предположить пограничный диапазон личностных изменений данных лиц, соответствующий третьей группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; по В.Я. Семке, 1999).

Таким образом, в ранние и отдаленные периоды возвращения комбатантов ОМОН к мирной жизни возможны различные типы психологических последствий: позитивные (конструктивно-адаптивные), неустойчиво-адаптивные и негативные (пограничные, донологические).

Для 62 % бойцов ОМОН из числа обследованных комбатантов (суммарная длительность командировок около 6 месяцев) в ранний период реадаптации к мирной жизни (от 7 месяцев до 1 года) характерно стеничное, конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: продуктивная активность, решительность, мужественность, отвага, спокойствие и оптимизм. Они способны контролировать ситуацию, действовать рационально, продуманно и осторожно, эффективно выполняя боевые задачи без ущерба для психического здоровья. Успешная адаптация к боевым стрессорам характерна для наиболее подготовленных профессионалов, изначально склонных к стрессовой активности с умеренным симпатическим возбуждением и оптимальной мобилизованностью адаптационных ресурсов.

У 21,3 % комбатантов (длительность командировок – около 10 месяцев) через 2 года после воздействия факторов боевого стресса выявлен неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений на фоне эмоционально-поведенческой стрессовой гиперактивности. Для них характерны импульсивность, экспрессивность, эгоцентричность, индивидуалистичность, расчетливость, эмоциональная холодность, независимый, авторитарный и рискованный стиль поведения, склонность к агрессивным реакциям, симптомы ПТСР («вторжения», физиологической гипервозбудимости, избегания и дистресса) доклинического уровня. Адаптация достигается сбалансированностью гипо- и гиперстенических личностных паттернов, волевой саморегуляцией, мобилизацией ресурсов и напряжением компенсаторных механизмов личности. В целях профилактики дезадаптации и посттравматических расстройств данным лицам показаны разноплановые релаксационные мероприятия, активный отдых, здоровый образ жизни, психологическое консультирование (индивидуальное и семейное), психокоррекция импульсивного поведения, психотерапия симптомов ПТСР (гештальт, телесно-ориентированная, психодинамическая и др.).

У 16,7 % бойцов ОМОН (длительность командировок более 1 года) в отдаленный период реадaptации к мирной жизни (более 3-х лет) установлен конфликт противоречивых личностных свойств (инертности – возбудимости, пассивности – импульсивности, конформности – индивидуалистичности, зависимости – доминантности), средний уровень психической напряженности на фоне симпатической гиперактивации. Характерологические особенности отличаются полиморфизмом: безынициативность, пессимизм, склонность к субдепрессивному аффекту, психастенические черты, аффилиативная потребность сочетается с экспансивностью, стремлением к независимости, эмоциональной холодностью, ригидностью, интровертированностью. В экстремальной обстановке высока вероятность лихорадочной эмоционально-двигательной активности с паническими реакциями или пассивное стрессовое реагирование с депрессивными переживаниями. В постреактивный период возможны срыв деятельности и дезадаптация. Напряженность защитных механизмов, компенсаторных функций психической деятельности, находящихся в состоянии длительной мобилизации ввиду перманентного стресса, истощают адаптационные ресурсы, приводя к пограничным (предпатологическим) личностным изменениям на фоне субкомпенсированных симптомов ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации», дистресса и депрессии). Таким лицам показана индивидуальная и групповая психотерапия (когнитивная, психодинамическая, телесно-ориентированная, гештальт, поэтапная терапия Горовитца, символдрама и др.) на фоне соматических лечебных и восстановительных процедур, ограничения активности с целью предупреждения психофизического перенапряжения, создания комфортных условий жизнедеятельности, устраняющих возможность декомпенсации дефицитарных функциональных систем.

Для иллюстрации выводов приведем примеры, содержащие биографические данные, цитаты из беседы и результаты обследования комбатантов ОМОН с разным типом последствий участия в контртеррористической операции.

Станислав К., 25 лет, образование средне-специальное. В период с 12.1994-04.1995 гг. участвовал в КТО на территории Чеченской Республики в течение 180 суток. На момент обследования период реадaptации составил 250 суток. Стаж в ОМОН 2 года. Холост, детей нет, проживает с мате-

рю в 1-комнатной благоустроенной квартире, родители в разводе, с отцом не общается. На контакт с психологом идет охотно, жалоб на самочувствие не предъявляет. Регулярно занимается спортом, употребление ПАВ и ЧМТ отрицает. Не курит, алкоголь употребляет редко («не люблю крепкие напитки»). Рассказывает, что «декабрь 1994 г. и январь 1995 г. в Чечне было «горячее» время, я участвовал в боях и перестрелках, видел в кого стрелял. Нельзя сказать, что не переживал, но и особенно меня это не тяготило. Там действительно человек виден такой, какой он есть. У нас был один командир – когда начался обстрел, он бойцом прикрылся. К нему потом отношение изменилось, конечно...». «Когда вернулся – некоторое время сны снились, потом все прошло. Сейчас вспоминается, но жить это не мешает. Стараюсь вспоминать только хорошие моменты». В беседе сообщает, что «характер не изменился, какой был спокойный, такой и остался», «вернуться туда не хотелось, много чего тут держит». Характеризует себя как «доброго, отзывчивого», «но если обидят – перестану общаться с этим человеком». По данным психологического обследования выявлен незначительный уровень психической напряженности, оптимальная психофизиологическая мобилизованность (цветовой ряд – 42351067; СО=6; ВК= 1,3); отсутствие симптомов ПТСР («вторжения» и «избегания» – 32 Т-балла, «гиперактивации» – 41 Т-балл; дистресса – 43 Т-баллов, депрессии – 40 Т-баллов; ПТСР – 38 Т-баллов); стенический тип реагирования с чертами индивидуальности, активная и оптимистичная жизненная позиция, позитивная самооценка, стремление к независимости, склонность к риску, решительность, мужественность (код по Уэлшу профиля СМЛЛ: 9-48/6213750:KFL/). В социальном взаимодействии может проявлять беспечность, самонадеянность, напористость, импульсивность, а также настороженность, консервативность, конформизм по отношению к референтной группе (факторы L⁺, O⁻, Q1⁻, Q2⁻, Q3⁻ 16 ФЛЮ). Тип последствий – конструктивно-адаптивный, в психологической реабилитации не нуждается.

Андрей Г., 28 лет, образование среднее. В 2001 г. принимал участие в ликвидации вооруженных формирований на территории Чеченской Республики. Суммарная длительность спец.командировок – 240 суток. На момент обследования период последствий составил 730 суток. Стаж в ОМОН 4 года. Холост («девушка есть, живем вместе, но жениться пока не собираюсь»), периодически занимается спортом («иногда железячки тягаю для себя»), курит (1 пачка на 1,5-2 дня), алкоголь употребляет умеренно («в хорошей компании, с друзьями пиво, энергетические напитки, по праздникам – хороший коньяк»). ЧМТ и употребление наркотиков отрицает. Идет на контакт с психологом, но отношение к обследованию легковесное, не склонен углубляться в обсуждение серьезных проблем, дает социально-одобряемые ответы, демонстрирует подчеркнуто мужественный, доминантный стиль поведения. Рассказывает, что «в Чечне гибнут, в основном, по собственной неосторожности: в нашей роте погиб один человек (ночью на мину наступил), другого ранил в шею снайпер, а еще один – по собственной глупости (из гранаты делал себе пепельницу)». Сообщает, что «туда поехал, чтобы денег заработать и льготы, хочу на свою квартиру накопить».

«Вначале было страшно, потом привык, по ночам не просыпаюсь, сны иногда бывают, но редко». Самооценка завышена, в беседе характеризует себя как «компанейского парня», который «не имеет недостатков». Своими положительными качествами считает «смелость», «общительность», среди отрицательных называет: «вспыльчивость», «люблю иногда рискнуть, не подумав». По данным психологического обследования выявлен незначительный уровень психической напряженности на фоне возбуждения и гиперактивности (цветовой ряд – 43516270; CO=10; BK=1,9); умеренно выраженные симптомы ПТСР («избегания» и «гиперактивации» – 63 Т-балла, дистресса – 59 Т-баллов; «вторжения» – 52 Т-балла; депрессии – 53 Т-балла; ПТСР – 58 Т-баллов), стенический тип реагирования с преобладанием возбудимых черт, нетерпеливость, беспечность, стремление к независимости, эгоцентризм, склонность опираться на сиюминутные побуждения, рисковать, снисходительно относиться к своим недостаткам (профиль СМИЛ по Уэлшу: 4'9-827135/670:K-F/L). Эмоционально неустойчив, импульсивен, самонадеян, может игнорировать жизненный опыт, склонен к доминантности, жесткости, расчетливости, ориентирован на практическую деятельность (факторы C^- , F^+ , H^+ , I^- , N^+ , O^- , Q_1^- , Q_2^- , Q_3^- 16-ФЛО). В ситуации агрессии или авторитарного противодействия возможны протестные, эксплозивные реакции и дезадаптация. Дисциплинированность зависит от настроения, мотивации и морально-нравственных установок, в экстремальной ситуации – риск нерациональной активности. Тип последствий – неустойчиво-адаптивный, рекомендованы релаксационные мероприятия (водные процедуры, массаж, занятия спортом, активный отдых), консультирование и психокоррекция импульсивного поведения, психотерапия донозологических симптомов ПТСР (гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная, телесно-ориентированная и др.).

Александр Н., 32 года, образование среднее. Суммарная длительность участия в КТО на территории Чеченской Республики – 350 суток. На момент обследования период последствий составил 1050 суток. Стаж в ОМОН 6 лет. Женат (повторный брак), имеет 8-летнюю дочь жены от 1-го брака. Проживает с семьей и тещей в 2-х комн. благоустроенной квартире. Спортom не занимается. ЧМТ и употребление наркотиков отрицает. Курит около 10 лет (1 пачка на день), периодически употребляет алкоголь («по праздникам пью все, что пьется – спирт, водка, самогон, 1 литр; можно и пиво выпить, 8 бутылок»). В беседе отрицает наличие абстинентного синдрома («если «сушняк», то выпиваю 1 стакан воды»). Избегает вспоминать о боевых действиях, однако сообщает, что «вначале сны снились, сейчас – нет», «по телевизору смотрю фильмы про Чечню спокойно, как сказку, не так там все». Идет на контакт с психологом, но ведет себя скованно, настороженно: «я не привык к откровенным разговорам». Напрягается при прямых вопросах, с трудом подбирает слова, чтобы выразить свою мысль: «ну, вы поняли, короче, что я хотел сказать». Низкий общеобразовательный уровень и интеллектуальные интересы («мне предлагали в военное училище поступить, но я не захотел»), конкретность мышления, направленность на практическую деятельность. На просьбу назвать свои положительные качества, отвечает: «не предаю, вежливый, старших уважаю, чест-

ным стараюсь быть», отрицательными качествами в себе считает: «стеснительность, все непривычное сковывает, неприятное чувство вызывает». По данным психологического обследования выявлен средний уровень психической напряженности на фоне избыточного возбуждения (цветовой ряд – 57321406; СО=18; ВК=1,6); донозологические симптомы ПТСР («избегания» и «гиперактивации» – 67 Т-баллов, «вторжения» – 65 Т-балла; дистресса – 61 Т-баллов; депрессии – 63 Т-балла; ПТСР – 65 Т-баллов), смешанный тип реагирования, внутренний конфликт гипостенических (инертность, пессимистичность, сдержанность, сенситивность, гиперсоциальность установок) и стенических личностных свойств (возбудимость, импульсивность, стремление к независимости, неконформизм, директивность) с чертами индивидуалистичности, что создает предпосылки трансформации эмоциональной напряженности в психосоматические заболевания и повышает риск алкоголизации (профиль СМИЛ по Уэлшу: 2418-65379/0:KF/L). Низкая толерантность к фрустрации, социальная пассивность, за внешним спокойствием скрывается сдерживаемое напряжение, которое периодически прорывается вспышками раздражения и обидчивости (C^- , H^- , I^- , Q_4^+ фактор 16-ФЛО). В экстремальных условиях может действовать хаотично, вероятен неврастенический или депрессивный вариант дезадаптации. Тип последствий – пограничный, рекомендованы различные варианты восстановительных процедур, индивидуальное консультирование, психокоррекция, направленные на снятия напряженности, повышение самооценки и разрешения внутриличностных конфликтов, психотерапия донозологических симптомов ПТСР (когнитивная, когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия, символдрама и др.), воздержание от употребления алкоголя и консультация нарколога (зависимость от ПАВ).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

Длительная (15 и более лет) служебная деятельность в обычных (мирных) условиях приводит у части сотрудников ОВД ($n = 42$) к негативным психологическим последствиям: снижению оптимизма (22 % лиц), увеличению утомления (32,5 %), невротического контроля (27 %), пессимистичности (24 %), ригидности (17,4 %), тревожности (25 %), пассивности, замкнутости (15 %). При этом у некоторых сотрудников ОВД наблюдаются позитивно-адаптивные личностные изменения: устойчивость к монотонной деятельности (15 %), мужественность, решительность (44 %), упорство, практичность (15 %), мудрые отношения к жизненным проблемам, конформность (24 %), нормативность поведения, исполнительность (27 %).

Негативное влияние длительной служебной деятельности на сотрудников правоохранительных органов отмечается многими авторами: А.Н. Роша (1989) [307], В.Л. Васильев (1976) [64] выделяют признаки профессиональной деформации (консерватизм, равнодушие к потерпевшим, сужение круга интересов, стереотипность решения задач, конфликтность, раздражительность, потеря интереса к работе), Д.П.Котов, А.И. Шиханцев (1977) упоминают агрессивность, безынициативность, нерешительность, безразличие, утрату делового оптимизма [166], В.В. Волков (1971) выявил уменьшение самокритичности, сокращение круга общения, стремление к кабинетному стилю работы и пассивному отдыху [71], Я.М. Дуюнов с соавт. (1982) обнаружил, что сотрудники ОВД со стажем более 10 лет характеризуются увеличением пессимизма, ригидности, подозрительности и недоверия к людям [96]. Однако в психологической литературе довольно редко встречаются сообщения о том, что специфика профессиональной деятельности в ОВД и ее длительный характер может приводить не только к негативным, но и к позитивным личностным изменениям [39, 337]. Например, С.П. Безносков (2004) отмечает, что «частое взаимодействие с преступным контингентом в ситуации противостояния формирует у сотрудника ОВД такое необходимое качество, как бдительность. В этом проявляется положительное влияние деятельности на формирование личности, профессиональных черт характера, служебного опыта... С другой стороны, интенсивное общение с преступным миром может привести к трансформации бди-

тельности в излишнюю подозрительность, придирчивость к любому провинившемуся человеку» [39, С. 193]. Э.И. Карамова (2008) выявила, что сотрудники ОВД с 15-летним опытом обладают более высоким уровнем осмысленности деятельности и гармоничности компонентов инициативности (эмоционального, динамического, когнитивного), сотрудники с 10-летним стажем отличаются высокой социоцентричностью, осведомленностью и интернальностью, а сотрудники с 5-летним опытом характеризуются эгоцентричными мотивами, но у них лучше развиты общественно-значимые цели [141].

Психологические и соматические последствия участия в боевых действиях у комбатантов сводного отряда ОВД ($n = 40$), лонгитюдно обследованных до, через 5 суток и спустя 1 год после возвращения из района проведения КТО, имеют негативную динамику в виде усиления пессимистичности, невротического контроля, тревожности, социальной интроверсии, заострения черт индивидуальности, импульсивности и ригидности, повышения в 2 раза частоты ($1,7 \pm 1,1$ случаев/год) и в 3 раза длительности ($20,3 \pm 22,0$ сут./год) заболеваемости. У части комбатантов показатели заболеваемости сохранились на уровне, зафиксированном до командировки, что указывает на их успешную адаптацию к экстремальной деятельности: 7,5 % сотрудников остались здоровы, прежняя частота (1-2 случаев/год) и длительность заболеваемости (5-7 сут./год) наблюдалась у 19,9 % обследованных лиц. Эмоциональное состояние имело положительную динамику: повышенная психическая напряженность (у 61 % комбатантов) и психофизиологическое утомление (у 68 %), наблюдаемые через 5 дней после возвращения из командировки, нивелируются до оптимальных значений ($CO = 11,7 \pm 4,5$ ед., $BK = 1,2 \pm 0,6$ ед.) через 1 год после участия в КТО. К адаптивным последствиям относятся повышение осторожности, чуткости к опасности, эмоциональной отстраненности, недоверчивости, к позитивным – возрастание мужественности, решительности, рациональности, практичности, способности к нестандартному мышлению.

Полученные результаты частично отличаются от данных Р.В. Кадырова (2005), который с помощью сравнительного анализа результатов лонгитюдного исследования (до участия в КТО и через 18 месяцев после), установил, что у ком-

батантов – командиров подразделений морской пехоты ($n=14$) снижается уровень тревожности, нервно-психической напряженности, индивидуалистичности и усиливается конформность поведения [131]. Возможно, позитивная динамика изменений, выявленная в этом исследовании, связана с лучшей подготовленностью профессионального контингента к ведению боевых операций, в отличие от сводного отряда сотрудников ОВД.

Длительная (в течение 15 и более лет) профессиональная деятельность в обычных (мирных) условиях вызывает у сотрудников ОВД психологические изменения, сходные с теми, которые происходят под влиянием кратковременной (4-5 месяцев) служебно-боевой деятельности в условиях КТО. Совпадение личностных изменений в сторону усиления пессимизма, тревожности, невротического контроля и ригидности отражает ускорение характерных изменений в этом направлении, которые в экстремальных условиях происходят за более короткий промежуток времени. Обострение личностных особенностей в сторону импульсивности и индивидуалистичности, вероятно, является специфичным для деятельности в экстремальных условиях. В целом, влияние боевой обстановки носит менее негативный характер, чем продолжительная профессиональная деятельность в мирных условиях. Сотрудники с длительным стажем службы в ОВД превосходят комбатантов по ряду негативных изменений: социальная интровертированность, пассивность, инертность в деятельности, пессимизм, психическое напряжение, склонность к дистимии.

В доступной научной литературе не удалось обнаружить исследований, посвященных анализу последствий кратковременного влияния на сотрудников ОВД боевого стресса, в сравнении с длительным воздействием профессионального стресса в мирных условиях.

Психологические последствия служебно-боевой деятельности у комбатантов ОВД ($n = 108$; возраст $27,8 \pm 6,3$ лет), в сравнении с не воевавшими сотрудниками ($n = 185$; возраст $29,5 \pm 6,4$ лет), носят более выраженный негативный характер: у них выше частота (в 1,4 раза) и длительность (в 2 раза) заболеваемости, импульсивность (у 44 % сотрудников), пессимистичность (32 % лиц), индивидуалистичность (22 %), склонность к дистимии (21 %), ригидность (20 %), интровертиро-

ванность, пассивность (12 %) и признаки невротизации (у 9 % обследованных). При этом имеют место адаптивные (повышенная осторожность, чуткость к опасности, интеллектуальная трансформация тревоги, вытеснение из сознания объективной реальности, эмоциональная отстраненность, уход от социальной активности, конформизм по отношению к референтной группе) и позитивные личностные изменения (независимость, самостоятельность, прагматизм, мужественность, коммуникабельность, оптимизм, высокая скорость реакции и принятия решений вопреки эмоциям, способность эффективно мобилизоваться в экстремальных ситуациях).

Большинство исследователей сосредоточены на выявлении негативных последствий боевого стресса. Например, М.М. Решетников, В.А. Корзунин (1989) установили, что военнослужащие, вернувшиеся из Афганистана, в сравнении с не воевавшими сослуживцами, отличаются более низкой нервно-психической устойчивостью, повышенной личностной и ситуативной тревожностью, сниженной активностью, социальной интровертированностью, фрустрационными реакциями «застревающего» (фиксация на препятствии) и избегающего типа, однако склонны принимать ответственность на себя при решении проблем [103]. Е.В. Снедков (1997) выявил, что комбатантам свойственны «индивидуалистичность, ригидность, некоммуникабельность, нарушение межличностных связей с нарастанием тревоги и подавленности на фоне низкого самоконтроля, фрустрированности, внутренней напряженности и слабости воображения в стрессовых ситуациях» [327, С. 141]. По данным А.А. Стрельникова (1998), в 90 % случаев у ветеранов Афганистана, участвовавших в активных боевых действиях, отмечалась повышенная тревожность, в 85 % – фобии и депрессия [336]. По наблюдениям Н.Б. Шабалиной с соавт. (1999) 22 % ветеранов Афганистана после возвращения домой отмечали снижение общительности, по сравнению с допризывным уровнем [383]. Е.О. Александров (2001) обнаружил, что чувство отчуждения наблюдалось у 76 % ветеранов Чечни и у 100 % ветеранов Афганистана [13]. По заключению А.В. Остапенко (2007) ветераны локальных войн характеризуются стойким нарушением эмоционально-волевых, когнитивных и реактивных функций, сочетанием гиперчувствительности с беспомощностью, тревожностью и ригидностью, которые приводят к дезадаптивному

поведению [265]. Н.А. Антонова (2010), установила, у комбатантов ОВД отмечается высокий уровень соматизации нервно-психических расстройств, часто переживаются чувства ненависти к противнику, внутренней опустошенности и безразличия, напряжения и страха за свою жизнь [23]. Гораздо реже исследователи упоминают о позитивных личностных изменениях комбатантов. Например, Е.В. Снедков (1997) отмечает, что «участие в войне не всегда имеет однозначно негативные последствия, у некоторых ветеранов боевой опыт может даже усилить адаптивные возможности» [327, С. 76]. Р.В. Кадыров (2005) подтверждает, что, несмотря на повышение у комбатантов импульсивности, ригидности, тревожности, для них характерен, по сравнению с не участвовавшими в боевых действиях военнослужащими, более высокий уровень оптимизма, активности, мотивации достижения, оптимальная мобилизованность физических и психических ресурсов [131]. М.М. Решетников (2011) указывает, что у комбатантов наблюдается «рост самоуважения, уровня притязаний, самооценки, социометрического статуса личности, физической выносливости, мотивации к боевой деятельности...» [303, С. 299]. А.П. Сложеникин (2009) выделил комбатантов ОВД, отличающихся успешной адаптацией: профессиональной (с высоким уровнем работоспособности, готовности, эффективности выполнения служебно-боевых задач); социальной (коммуникабельных, гибких в разрешении конфликтов, ориентированных на групповые нормы); поведенческой (без девиаций) и психической (с хорошим самочувствием, отсутствием симптомов психопатологии и ПТСР) [324]. По данным А.Н. Зеляниной (2013), у комбатантов, по сравнению с не воевавшими мужчинами, достоверно выше уровень целеполагания, удовлетворенность жизнью, самокритичность, опора на собственные силы, самоуверенность, независимость, активность, общительность, импульсивность и ригидность аффекта (представление о себе как уникальной личности) [111].

Внутренняя мотивация участия в боевых действиях является одним из ведущих факторов, определяющим характер психологических и соматических последствий. У сотрудников ОВД с отрицательной мотивацией участия в КТО развивается больше негативных психологических последствий в виде повышенного невротического контроля, усиливающегося на фоне ОСР, эмоциональной лабильности, инди-

видуалистичности, ригидности, страха перед агрессией окружающих, фрустрационных реакций с фиксацией на самозащите, сниженной физической и психической активности, затрудненной адаптации в социальной (профессиональной) группе. Отсутствие привязанностей, жизненной перспективы, уход от решения личных проблем являются наиболее опасными мотивами к экстремальной деятельности, так как усугубляют психологический дискомфорт, снижают адаптивные возможности и могут приводить к нерациональным стратегиям поведения, которые в боевых условиях служат фактором риска утраты здоровья и жизни (не только своей, но и сослуживцев).

Положительно мотивированные комбатанты имеют больше негативных соматических последствий: в течение первого года после командировки они заболевают, в среднем, в 1,5 раза чаще, чем сотрудники ОВД с отрицательной мотивацией. В качестве одной из возможных причин этого факта, может быть стремление лиц с отрицательной мотивацией избегать опасных ситуаций и травм, и, следовательно, лучше сохранять свое физическое здоровье. Сотрудники с позитивной мотивацией сознательно едут в район боевых действий, руководствуясь чувством долга и патриотизма, выполнять работу, к которой они психологически готовы, возможно, поэтому среди них выявляется в 2 раза больше лиц, у которых адаптация к боевым условиям не затрагивает соматический уровень.

В доступной литературе не удалось обнаружить работ, исследовавших взаимосвязь мотивации участия в боевых действиях с негативными и позитивными психологическими последствиями у комбатантов. Однако на смысловое переживание боевого стресса как способа совладания с его последствиями указывает А.А. Утюганов (2011). В его исследовании подчеркивается, что личностные изменения могут быть как регрессивными, так и прогрессивными, а военнослужащие, у которых не активизируется смысловая динамика при переживании боевого опыта, более подвержены ПТСР и нервно-психическим нарушениям [362]. Р.Ж. Тюлюпергенева (2004) установила, что профессиональная деятельность сотрудников ОВД, актуализирующая потребность в безопасности и препятствующая ее удовлетворению, приводит к возникновению дефицитарных (нервно-психическое

напряжение, тревожность, утомление, астенизация) и пограничных психических состояний. Такие лица отличаются негативизмом, повышенной критичностью, агрессивностью, дискommункативностью, зависимостью, сформированным (в 47 % случаев) или формирующимся (33 %) синдромом эмоционального выгорания, испытывают страх перед агрессией окружающих, неадекватно реагируют во фрустрирующих ситуациях, отрицают имеющиеся проблемы, стремятся уйти от реальности путем алкоголизации и наркотизации [359].

Предварительная подготовленность к проведению спецопераций влияет на характер психологических последствий, поэтому у бойцов ОМОН, по сравнению с комбатантами ОВД, чаще наблюдаются позитивные личностные изменения (эмоциональная устойчивость, волевой самоконтроль, смелость, готовность к риску, экспрессивность, сообразительность, проницательность, независимость, ответственность и нормативность поведения). В негативную сторону от комбатантов ОВД бойцы ОМОН отличаются повышенным уровнем психического напряжения, тревожности, индивидуалистичности, риском дезадаптации (возбудимого, экспансивного типа). Сходные адаптивные реакции у бойцов ОМОН и комбатантов ОВД (осторожность, чуткость к опасности, способность мыслить аналитически, эмоционально дистанцируясь от происходящего, интеллектуально перерабатывая и вытесняя из сознания негативные переживания, конформизм по отношению к референтной группе), вероятно, указывают на единую природу развития некоторых личностных изменений, которые не зависят от профессиональной принадлежности и степени подготовленности к действиям в боевых условиях.

Указанные результаты соотносятся с выводами других авторов. В частности, А.С. Жаданюк (2005), обследовав сотрудников ОМОН и СОБР, принимавших участие в боевых действиях на Северном Кавказе, установил, что для них характерны спокойствие, эмоциональная стабильность, средний уровень тревожности, смелость, решительность, импульсивность, застревающий тип акцентуации, эгоцентричность, гипомотивность, притупленное чувство вины, волевой контроль эмоций, терпеливость, реалистичность в оценках, прагматизм, зависимость от группы, конвенционность, гипертрофированная верность групповым ценностям, сниженная

инициатива и агрессивная стратегия психологической защиты [103]. По мнению Р.В. Кадырова (2005), командиры подразделений морской пехоты, участвовавшие в боевых действиях в Чечне, отличаются быстрой вработываемостью, распределением внимания, перестройкой стереотипов поведения, умением принять решение в короткие сроки и действовать не шаблонно в быстро изменяющейся обстановке, предвидеть изменения ситуации и ожидаемый результат деятельности [131].

Длительность участия в КТО влияет на выраженность негативных психологических последствий у бойцов ОМОН, при этом возможны адаптивные и частично позитивные личностные изменения. Выраженность негативных психологических последствий (социальной интроверсии, пессимизма, ригидности, симптомов «избегания», физиологической гипервозбудимости ПТСР) нарастает после достижения суммарной длительности пребывания в условиях КТО 6-12 месяцев (200-350 суток). Это происходит, вероятно, в результате аккумуляции психотравмирующего воздействия, истощения адаптационных ресурсов и «прорыва» индивидуального адаптационного барьера. Дальнейшее увеличение «боевого стажа» (более 350 суток) приводит к устойчивым адаптивным изменениям: социальная интроверсия, гипотимия, тревожность, осторожность, чуткость к опасности, симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР снижаются по прошествии 12 месяцев участия в КТО, не достигая, однако, уровня исходных значений. Накопление боевого опыта приводит также к позитивным личностным изменениям, способствующим выживанию и успешной групповой деятельности отряда в экстремальных условиях. В период от 6-12 месяцев (201-350 суток, 2-4 командировки) у бойцов ОМОН усиливаются независимость и самостоятельность, в период 13-18 месяцев (351-600 суток, 5-7 командировок) снижается подозрительность, возрастает спокойствие и конформизм.

В литературных источниках авторы указывают различную длительность спецкомандировок, влияющую на развитие посттравматических нарушений. Так, П.Т. Лысиков (2000) выявил, что критическим сроком пребывания в боевых условиях для военнослужащих по призыву является 3 месяца, а для военнослужащих по контракту (офицеров, прапорщиков) 45-50 суток [210]. По данным И.В. Соловьева, критический срок пребывания в условиях пролонгированного воздействия факторов

боевой среды составляет 90-100 суток, после чего наблюдаются выраженные явления дезадаптации [330]. С.А. Колов (2007) установил, что у комбатантов, непрерывно находившихся в районе боевых действий 9 месяцев (военнослужащие срочной службы), по сравнению с периодически командиремыми в СКР (срок 3-12 месяцев с интервалом 6-12 месяцев) военнослужащими силовых ведомств, отмечается более низкий уровень психического здоровья, адаптационного потенциала, психической активности с выраженной психопатологической стигматизацией [151]. По мнению М.М. Решетникова, «сроки службы в составе боевых контингентов целесообразно ограничивать 12 месяцами с последующей заменой по «скользящему графику» [303, С. 303]. При этом в исследованиях довольно редко упоминается о том, что длительное участие в КТО может приводить не только к негативным, но и к позитивным личностным изменениям. Например, Е.В. Снедков (1997) обнаружил, что на протяжении первых шести месяцев (180 суток) пребывания в боевой обстановке у 20,3 % профессионального контингента повышаются адаптивные способности (укрепляются волевые качества, повышается способность успешно противостоять противнику). При этом у 42,6 % не наблюдаются эмоционально-поведенческие изменения, а у 36,1 % бойцов возникает «стойкая социально-психологическая дезадаптация». Если подразделения участвуют в боевых действиях от семи месяцев до года (210-365 суток), то адаптивность к экстремальным воздействиям уменьшается в 4 раза (до 5,8 %), а «стойкая дезадаптация» наблюдается у 61,1 % личного состава. Пребывание более 1 года в боевой обстановке создает «личностную дезадаптацию» у 83,3 %; спустя 1 год ни у кого уже не сохраняется повышенной адаптированности к боевому стрессу [327, С. 31]. По данным М.М. Решетникова (2011) у военнослужащих, прослуживших в Афганистане более года (18 месяцев), отмечалось повышение эмоциональной устойчивости (у лиц с исходно популяционным и высоким уровнем), уровня притязаний, склонности к риску, снижение тревожности, склонности к рефлексии и зависимости от группы [303, С. 303].

Продолжительность периода времени, прошедшего с момента первого участия в боевой операции, неоднозначно влияет на характер и степень выраженно-

сти психологических последствий у комбатантов. В частности, встречаются негативные и позитивные последствия, имеющие различную динамику. Личностные изменения не всегда проявляются последовательно и ярко, чаще имеют медленно прогрессирующее течение (в сторону нарастания или снижения), либо носят интермиттирующий характер, и на протяжении критического периода (1,5-3 года) приобретают тенденцию к закреплению.

Негативные последствия участия в КТО с интермиттирующим характером изменений: в течение первых 3-х лет усиливаются (до 60-75 Т-баллов) эмоциональная лабильность и невротический контроль, с последующей их компенсацией (50-55 Т-баллов); снижается (0-1 балл) гибкость мышления и ухудшается пространственное мышление с последующим нарастанием показателей, но полной реституции (возвращения к исходному уровню) не происходит. Ригидные черты личности изначально компенсируются (48-49 Т-баллов), но по прошествии 3-х лет усугубляются (до 60-70 Т-баллов), возможно вследствие дисбаланса или истощения компенсаторных функций психической деятельности на фоне перманентных стрессоров повседневной жизни.

Негативные последствия боевого стресса с прогрессивным развитием изменений: снижаются общительность, эмоциональная экспрессия, оптимистичность, нарастают социальная интроверсия, тревожность, чувство вины, пессимизм, частота заболеваемости, нонконформизм.

Позитивные последствия участия в КТО с прогрессивным течением: нарастают самостоятельность, независимость, упорство, практичность, исполнительность, добросовестность, сглаживаются демонстративные черты личности и снижается чувствительность к средовым воздействиям. Позитивных последствий участия в КТО с интермиттирующим характером изменений в нашем исследовании выявлено не было.

В отечественной и зарубежной литературе встречаются исследования отсроченных реакций на психотравмирующие факторы боевой обстановки. Например, Е.В. Снедков (1997) считает, что этап патохарактерологических (дефензивно-эпилептоидных) личностных изменений, в среднем, начинается через 2 года после

боевой психической травмы, проявляясь в виде дистимии, подозрительности, настороженности, враждебности, ранимости, социальной дискоммуникативности, агрессивных и импульсивных вспышек, категоричности и диаметральной суждений [327]. Напротив, Е.О. Александров (2001) утверждает, что патохарактерологические личностные изменения начинаются одновременно с развитием ПТСР, скрываясь за его симптомами, и проявляются лишь после редукции симптомов «вторжения», часто в виде уже зафиксированных трансформаций [13]. В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey (1989) описывают отдаленные личностные изменения у ветеранов, которые включают нарушения регуляции эмоций, концентрации внимания, мышления, межличностных отношений, соматические и сексуальные проблемы [538]. По наблюдениям Е.О. Александрова (2001), симптомы «избегания» приводят к ухудшению памяти, которое со временем становится заметнее. Через 1-2 года после возвращения домой, из 43 ветеранов Чечни у 46,5 % отмечалось снижение памяти, а через 10-15 лет после участия в боевых действиях 73 % из 48 ветеранов Афганистана испытывали проблемы с запоминанием и воспоминанием информации. При этом 62 % чеченских и 88,5 % афганских ветеранов отмечали сложности концентрации внимания [13]. Н.Б. Шабалина с соавт. (1999) выявила преходящие нарушения умственной работоспособности (в виде ухудшения распределения и переключение внимания) и динамики мнестической деятельности у 98 % ветеранов Афганистана [383]. Интермиттирующий характер течения ПТСР в виде фаз «подавления эмоций, отрицания и избегания», которые чередуются с фазами обострения реперевиваний травматических событий описывается А.Н. Краснянским и П.В. Морозовым [174, С. 32]. По данным М.М. Решетникова (2011), у военнослужащих в течение первого года службы в составе боевых подразделений снижалась предрасположенность к формированию депрессивных и психастенических реакций, однако через 1,5 года наблюдались противоположные тенденции. Прогрессиентно (на протяжении всего периода службы) снижалась предрасположенность к формированию ипохондрических реакций и повышалась экстравертированность. Продуктивность (темп) мышления существенно не изме-

нялся, но повышалась эффективность принимаемых решений при одновременном сужении интеллектуальных интересов [303].

В ранний и отдаленный риадаптационный период у комбатантов ОВД и ОМОН наблюдаются три типа психологических последствий, отражающих этапы адаптационной стратегии организма в континууме «психическое здоровье (гомеостаз) – промежуточные формы психического здоровья (адаптация и компенсация) – психопатология (дезадаптация)».

Ранние типы последствий участия в КТО (период риадаптации до 1 года от момента возвращения из командировки) установлены с помощью иерархической кластеризации выборки комбатантов сводного отряда ОВД (n=40). В этот период у 45 % обследованных преобладает неустойчиво-адаптивный характер психологических и соматических последствий в виде средних показателей частоты ($1,7 \pm 1,0$ случаев/год) и длительности ($15,6 \pm 9,3$ сут./год) заболеваемости, психического напряжения ($CO = 19,9 \pm 6,9$ ед.), утомления ($BK = 0,6 \pm 0,3$ ед.), усиления невротического контроля, признаков астенизации, тревожности, эмоциональной отстраненности от происходящего, индивидуалистичности, импульсивности, склонности к риску и агрессивным реакциям на фоне стрессовой гиперактивности. У 37,5 % комбатантов ОВД наблюдается конструктивно-адаптивный тип последствий: стеническое эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование, решительность, мужественность, оптимистичность, средний уровень психической напряженности ($CO = 19,3 \pm 6,0$ ед.) и потребности в отдыхе ($BK = 0,6 \pm 0,2$ ед.), минимальная частота ($1,4 \pm 0,9$ случаев/год) и длительность ($10,0 \pm 6,3$ сут./год) заболеваемости, либо отсутствие динамических сдвигов от ее исходных значений (у 7,5 % лиц адаптация к экстремальной деятельности не затронула соматический уровень). В 17,5 % случаев установлены негативные (пограничные) последствия: частая ($2,2 \pm 1,3$ случаев/год) и длительная ($64,4 \pm 32,2$ сут./год) утрата трудоспособности, повышенный уровень напряженности ($CO = 22,0 \pm 4,2$ ед.), утомления ($BK = 0,5 \pm 0,2$ ед.), гипотимические проявления, интровертированность в сочетании с импульсивностью, ригидностью, неконформизмом, затрудненным самоконтролем, усугубляющие риск смешанного или эксплозивного типа реагирования, депрессивных реакций, дезадаптации по неврастени-

ческому или психосоматическому типу, злоупотребления психоактивными веществами.

Отдаленные типы последствий участия в КТО определены с помощью иерархической кластеризации выборок комбатантов ОВД (n=108) и бойцов ОМОН (n=108), включающих лиц со сроками реадaptационного периода от 1 года до 6 лет. В результате установлено, что в отдаленный период возвращения к мирной жизни типы последствий аналогичны наблюдаемым в ранние сроки, их количественное соотношение представлено в таблице 33.

Таблица 33 – Типы психологических последствий, наблюдаемые у комбатантов ОВД и ОМОН в различные сроки реадaptационного периода

Тип последствий	Срок реадaptационного периода в группах комбатантов		
	ранний (до 1 года)	отдаленный (от 1 года до 6 лет)	
	ОВД	ОВД	ОМОН
Конструктивно-адаптивный	37,5 %	29,6 %	62 %
Неустойчиво-адаптивный	45 %	51,0 %	21,3 %
Негативный (пограничный)	17,5 %	19,4 %	16,7 %

Позитивный (конструктивно-адаптивный) тип отдаленных психологических последствий характерен для 62 % бойцов ОМОН и 29,6 % комбатантов ОВД (срок реадaptации от 1 до 2-х лет с момента возвращения из последней командировки). У них отмечается стеническое эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование на фоне умеренного симпатического возбуждения, оптимальная психическая и физическая мобилизованность, рациональная, продуктивная активность, решительность, мужественность, оптимизм, конформизм референтной группе, низкая частота ($1,4 \pm 0,9$ случаев/год) и длительность ($10,8 \pm 6,3$ сут./год) заболеваемости, отсутствие симптомов ПТСР. Вероятно, успешная адаптация к деятельности в условиях КТО и последующая реадaptация к мирной жизни, характерна для тех профессионалов, у которых накопленный боевой опыт привел к смене первичного активного стрессового реагирования (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012) на конструктивное (отважное). Они не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют первой группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений на фоне импульсивной стрессовой гиперактивности выявлен у 51 % комбатантов ОВД и 21,3 % бойцов ОМОН (срок реадаптации от 2-х до 3-х лет). Для сотрудников ОВД характерны недостаточный волевой контроль эмоций и поведения, средний уровень психического напряжения и отдельные невротические проявления (возможно связанные с личностной предрасположенностью и вытесненной тревогой), донозологические симптомы «избегания» и гипервозбудимости ПТСР, увеличение частоты ($2,0 \pm 1,3$ случаев/год) и удлинение периода ($23,2 \pm 20,1$ сут./год) временной нетрудоспособности. Бойцов ОМОН отличают экспрессивность, эгоцентричность, индивидуалистичность, независимость, авторитарность, склонность к риску и агрессивным реакциям на фоне симпатического гипервозбуждения, симптомы ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации» и дистресса) доклинического уровня. Адаптация достигается сбалансированностью гипо- и гиперстенических личностных свойств, мобилизацией ресурсов и компенсацией защитными механизмами, напряженность которых обуславливает риск функциональных соматических нарушений. Наличие отдельных симптомов ПТСР и признаков личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести таких лиц ко второй группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Негативный (пограничный) тип изменений установлен у 19,4 % комбатантов ОВД и 16,7 % бойцов ОМОН (срок реадаптации от 3-х и более лет). Они отличаются конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм, зависимость) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных свойств, усиленных чертами индивидуалистичности (субъективизм, эгоцентризм, эмоциональная отгороженность), признаками астенизации на фоне смешанного типа реагирования, субкомпенсированными симптомами ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации», депрессии и дистресса), которые теряют связь с первичными психотравмирующими факторами и переходят на уровень соматических нарушений, проявляясь в частой ($2,5 \pm 1,7$ случаев/год) и длительной ($32,1 \pm 27,3$ сут./год) заболеваемости. В экстремальной обстановке высока вероятность лихорадочной эмоционально-двигательной активности с паническими реакциями или

пассивного стрессового реагирования (по Л.А. Китаеву-Смыку, 2012) с депрессивными переживаниями. В постреактивный период вследствие истощения адаптационных ресурсов возможны срыв деятельности и дезадаптация (в виде психопатического, неврастенического, психосоматического вариантов, зависимости от психоактивных веществ, суицидального риска). Наличие перманентно сохраняющихся донологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, не совершенная социальная адаптация позволили предположить пограничный диапазон личностных изменений этих лиц, соответствующий третьей группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Таким образом, в ранний период реадaptации к мирной жизни преобладает неустойчиво-адаптивный тип последствий (45 %), в отдаленный период – среди комбатантов ОМОН доминирует конструктивно-адаптивный тип (62 %), среди сотрудников ОВД сводного отряда – неустойчиво-адаптивный (51 %). Негативный (пограничный) тип последствий в ранние и отдаленные сроки реадaptационного периода среди комбатантов всех групп находится в диапазоне 16-19 %.

Сходные типы последствий участия в КТО, выявляемые в различные сроки возвращения комбатантов к мирной жизни, делают обоснованным предположение об общих уровнях и механизмах адаптационного реагирования. С другой стороны, полиморфизм защитно-адаптивных реакций и варьируемый удельный вес числа комбатантов ОВД и ОМОН, отнесенных к выделенным типам, ставит вопрос о совокупном влиянии предрасполагающих внутренних и внешних факторов (условий). Правомерно полагать, что направленность и структура психологических последствий участия в КТО обусловлена интенсивностью, длительностью воздействия боевых стресс-факторов, уровнем психологической подготовленности профессионального контингента, мотивационно-нравственными установками, а также наличием преморбидной личностной дисгармонии и индивидуальными особенностями комбатантов (психофизиологическими, конституциональными, адаптационными и др.).

Выявленные закономерности подтверждаются исследованиями других авторов. Например, Е.В. Снедков (1997) установил, что «... ближайшие исходы состояний, возникших вслед за воздействием экстремальных стрессоров, довольно благо-

приятны – практическое выздоровление наступало в 67 % случаев. Однако вероятность развития хронических последствий боевой психотравмы в отдаленном периоде оказывалась при этом выше ($p < 0,05$). Среди непосредственно участвовавших в боях ветеранов они прослеживаются в 48,7 % случаев; среди остальных военнослужащих – в 20 %» [327, С. 45]. Е.Ю. Епутаев с соавторами (2003) выявил, что у 19 % комбатантов МВД отмечается высокий уровень симптомов «избегания» и гиперактивации ПТСР, у 33 % – частичная выраженность и у 48 % – отсутствие ПТСР [100]. Е.О. Александров (2001) отмечает, что симптомы ПТСР у 62 % ветеранов Афганистана появились сразу после возвращения на Родину, у 15 % – в течение 2-6 месяцев, а у 23 % – через 4,5-5,5 лет [13]. По данным Е.Г. Ичитовкиной с соавт. (2013), структура психических нарушений у комбатантов МВД, обследованных через 1,5 месяца после возвращения из Северо-Кавказского региона, была представлена, преимущественно (60,1 % случаев), расстройствами адаптации в форме кратковременной депрессивной реакции (27,3 %), смешанной тревожно-депрессивной реакции (32,1 %) и нарушений поведения (9,7 %), ПТСР было диагностировано в 39,9 % случаев [127]. По исследованиям А.В. Остапенко (2007), через 5-10 лет, прошедших с момента участия в боевых действиях, у 17,8 % комбатантов установлен диагноз ПТСР, у 58,1 % – выявлялись симптомы физиологической гипервозбудимости, у 41,7 % – симптомы «аффективного круга» и у 14,9 % – симптомы когнитивных нарушений [265]. С.А.Колов (2007) считает, что в течение 9-17 месяцев участия в боевых действиях закрепляются компенсаторно-приспособительные изменения, определяющие характерные черты личностной дисгармонии. В период реадаптации к мирной жизни (в среднем 10 лет) у комбатантов, по сравнению с военнослужащими силовых ведомств, преобладают изменения в виде хронической личностной девиации с эксплозивными проявлениями и выраженным тревожным радикалом [151]. По результатам лонгитюдного исследования Р.В. Кадырова (2005), через 7 месяцев после возвращения из района боевых действий, у комбатантов-офицеров морской пехоты наблюдалось усиление импульсивности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности, оптимистичности, спустя 18 месяцев импульсивность, ригидность, оптимистичность и тревожность оста-

лись достоверно выше исходного уровня. Через 4 года после участия в КТО 88 % комбатантов имели импульсивную, ригидную и гипертимную акцентуированность, 12 % – отличались индивидуалистичностью, пессимистичностью, импульсивностью. 91 % обследованных характеризовался стеническим типом реагирования, высокой самооценкой, настойчивостью, принципиальностью, активно-оборонительной, жизнелюбивой позицией, обуславливающей направленность на самореализацию и позитивную социальную реадaptацию (все добились успеха в профессиональной деятельности и оценили свое участие в боевых действиях как позитивный опыт) [131]. В.П. Коханов, В.Н. Краснов (2008) путем иерархической кластеризации выделили три группы участников КТО (n = 126), с разным уровнем психической адаптации к боевой обстановке. 30,1 % военнослужащих отличались высокой активностью, открытостью, эмпатией, конформизмом, реалистичностью, самоконтролем, адекватной самооценкой, стеническим стрессовым реагированием. 46,1 % комбатантов характеризовались настойчивостью, упорством, экспрессивностью, демонстративным поведением, тревожностью, сенситивностью, «застреванием» на негативных эмоциях, пассивным стрессовым реагированием, функциональными соматическими нарушениями. 23,8 % обследованных отличались преморбидными психастеническими чертами, пассивностью, замкнутостью, ригидностью, зависимостью, интрапунитивной направленностью негативных переживаний, пессимистичностью, тревожностью, усталостью и апатией, психосоматическими расстройствами [168]. А.Л. Иванов и соавт. (2003) описал три типа психической дезадаптации комбатантов: активно-оборонительный (адаптивный), пассивно-оборонительный (дезаптивный с интрапсихической направленностью, тревожно-депрессивными и ипохондрическими тенденциями) и деструктивный (дезаптивный с интерпсихической направленностью, дисфорией, агрессивным и конфликтным поведением, алкоголизацией, суицидальными попытками) [114]. По данным Е.Г. Ичитовкиной с соавт. (2011) оптимистичные, импульсивные, агрессивные комбатанты МВД, с высокой нервно-психической устойчивостью и низкой способностью к анализу информации, хорошо адаптированы в боевых условиях, однако, у таких лиц имеются факторы риска дезадаптации в

мирной жизни: неустойчивые семейные отношения, психосоматические заболевания, ограниченный круг интересов, частое употребление алкоголя [126].

Преморбидно высокий уровень личностной тревожности, интровертированности, ригидности и возраст комбатантов являются универсальными предикторами возникновения посттравматических симптомов (не зависящими от профессиональной принадлежности, уровня подготовленности и мотивационной направленности участия в КТО).

Повышенный риск развития ОСР и ПТСР имеют эмоционально лабильные, импульсивные, экзальтированные, сенситивные, пессимистичные, подозрительные, эгоцентричные сотрудники ОВД, с низкой самооценкой и негативной мотивацией участия в боевых действиях, а также гипомотивные, эмоционально сдержанные и неконформные бойцы ОМОН, длительно выполняющие служебно-боевые задачи в условиях КТО. С возрастом повышаются импульсивность, ригидность, индивидуалистичность, социальная интроверсия, психопатизация, неконформизм, симптомы ПТСР и длительность заболеваемости.

Риск соматической дезадаптации (частой и длительной заболеваемости) имеют эмоционально лабильные, импульсивные, ригидные, сенситивно-тревожные, зависимые, социально пассивные комбатанты, склонные фиксироваться на препятствии, с выраженными симптомами ОСР, низкой нормативностью поведения, негативной мотивацией и длительным сроком участия в КТО.

Выявленные взаимосвязи подтверждаются исследованиями других авторов. Е.Г. Косова (2005) установила, что преморбидная ригидность и личностная тревожность являются прогностически неблагоприятными факторами развития ПТСР и эффективности реабилитации [161]. Е.В. Снедков (1997) считает, что вероятность ПТСР «увеличивается у военнослужащих с акцентуацией характера эпилептоидного, гипертимного, неустойчивого и конформного типа» [327, С. 44]. Н.А. Куксова (2003) выявила, что факторы боевого стресса оказывают деструктивное влияние на военнослужащих, относящихся к циклоидному, эпилептоидному, шизоидному и истероидному психотипу [180]. По заключению Н.В. Коротковой (2000), выраженность возбудимой акцентуации у комбатантов положительно коррелирует с ча-

стым и длительным участием в боевых действиях, степенью тяжести ПТСР, перенесенными ранениями и ЧМТ [160]. По мнению В.В. Попкова (1999), на адаптацию сотрудников внутренних войск МВД России к служебно-боевой деятельности влияют: невротический контроль, ригидность, тревожность, психическая заторможенность, нейротизм, латентные психопатические девиации [281]. Е.Г. Шевырева (2006) установила высокую выраженность симптомов ПТСР у комбатантов, отличающихся астеническим типом реагирования, высокой личностной тревожностью, ригидностью, экстрапунитивной направленностью агрессии, потребностью в социальной поддержке, избирательностью в контактах, низким уровнем адаптивных возможностей и высоким уровнем нейротизма [391]. По данным Е.Г. Ичитовкиной с соавт. (2011), риск невротических нарушений и расстройств личности выше у комбатантов МВД с преморбидно выраженной эмоциональной лабильностью, вербальной агрессивностью, подозрительностью, враждебностью, негативизмом [126].

Направленность, характер личностных изменений, степень выраженности и динамика развития психологических последствий отражают благоприятный или неблагоприятный прогноз реабилитации, а также сроки, когда изменения еще обратимы. Медико-психологическая помощь (лечение соматической патологии, релаксационные процедуры, психокоррекция, индивидуальная и семейная психотерапия) должна оказываться в ранний реадaptационный период, и, при необходимости, повторяться на протяжении первых 3-х лет после участия в КТО. Несвоевременные и неадекватные реабилитационные мероприятия в течение критического периода (от 1,5 до 3-х лет после последней командировки) будут способствовать усугублению и фиксации у части комбатантов (17-19 %) посттравматических личностных изменений, повышая риск социальной дезадаптации и декомпенсации функциональных систем организма.

Таким образом, полученные нами результаты в основном не противоречат соответствующим данным, имеющимся в проанализированной научной литературе.

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СОТРУДНИКОВ ФПС МЧС РОССИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СТРЕСС-ФАКТОРОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

5.1 Специфика психологических и соматических изменений, возникающих у сотрудников ФПС МЧС России в процессе длительной профессиональной деятельности

Гипотеза исследования: выполнение сотрудниками ФПС МЧС России профессиональной деятельности в условиях длительной психофизической нагрузки влияет на психологическое и соматическое здоровье, проявляясь в виде негативных и адаптивно-позитивных изменений.

Объект исследования – 140 сотрудников ФПС МЧС России:

1-я группа «молодые» ($n_1 = 60$) – мужчины, средний возраст ($23,2 \pm 2,9$) лет, имеющие среднее образование и стаж службы в МЧС ($1,9 \pm 1,1$) лет.

2-я группа «опытные» ($n_2 = 80$) – мужчины, средний возраст ($37,1 \pm 4,5$) лет, имеющие среднее образование и стаж службы в МЧС ($13,9 \pm 2,9$) лет.

Для изучения характерологических особенностей сотрудников ФПС МЧС использовали: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [82]; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]; Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) [349, С. 147-181, 238-244].

Исследование вегетативного тонуса не включало аппаратные и лабораторные методы исследования. Тонус ВНС оценивался с помощью анкеты, составленной на основе таблицы А.Д. Соловьевой (1981) (Приложение 3). Регистрировались и оценивались по 5-ти балльной шкале субъективные и объективные вегетатив-

ные показатели симпатических, парасимпатических симптомов, далее баллы суммировались и производился расчет процентного преобладания вегетативного тонуса в функциональных системах организма.

С помощью анонимного анкетирования учитывались клинко-статистические показатели: возраст, стаж; частота и регулярность занятий спортом; наличие черепно-мозговых травм; степень никотиновой (количество выкуриваемых сигарет в день) и алкогольной зависимости (систематичность, объем и крепость употребляемых алкогольных напитков); частота и длительность заболеваемости в течение календарного года (без уточнения нозологических форм патологии), а также частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности и столкновений со стрессовыми (психотравмирующими) ситуациями за весь стаж работы; наличие социальной поддержки со стороны семьи и коллег.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics, ver. 19.0». Для оценки достоверности различий психологических особенностей сотрудников 1-й и 2-й группы применялся критерий Манна-Уитни (U), t-критерий Стьюдента (для независимых выборок), χ^2 -критерий Пирсона (для сравнения двух независимых эмпирических распределений). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал (номинативных или метрических), нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня). Учитывались статистически значимые различия с уровнем $p \leq 0,05$. Взаимосвязь переменных изучалась с помощью множественного регрессионного анализа (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 34 представлены данные таблиц сопряженности значимо различающихся номинативных переменных по двум независимым выборкам. В таблице 35 представлены результаты сравнительного анализа клинко-статистических и психофизиологических особенностей сотрудников ФПС МЧС России с различным профессиональным стажем.

Таблица 34 – Результаты значимых различий номинативных признаков в двух группах сотрудников ФПС МЧС России (по χ^2 -критерию Пирсона)

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков		р
		«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 10 и более лет	
Частота и регулярность занятий спортом	1– не занимаюсь	15	44	0,002
	2– периодически	35	29	
	3– постоянно	10	7	
Никотиновая зависи- мость	0– нет	8	27	0,007
	1– менее 1 пачки/сут.	34	31	
	2– 1 и более пач- ки/сут.	4	12	
Систематичность употребления алкогго- ля (частота/месяц)	0– не употребляю	4	10	0,02
	1– 1-2 раза/мес.	31	32	
	2– 3-4 раз/мес.	11	23	
	3– 5-6 раз/мес.	0	5	
Гибель (ранение) в Вашем присутствии незнакомому взрослому	1– не было	13	32	0,0001
	2– периодически	23	10	
	3– часто	10	28	
Моральная поддержка со стороны товарищей	1– не было	18	8	0,002
	2– периодически	21	44	
	3– часто	7	18	

Таблица 35 – Результаты сравнения соматических и психофизиологических особенностей сотрудников ФПС МЧС России с различным стажем службы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		р
	«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 10 и более лет	
Клинико-статистические			
Возраст, лет	23,2 ± 2,9	37,1 ± 4,5	0,0001
Стаж, лет	1,9 ± 1,1	13,9 ± 2,9	0,0001
Ликвидация пожаров высокого ранга сложности, количество случаев/стаж	2,3 ± 1,7	5,8 ± 5,8	0,001
Частота заболеваемости, случаев/год	1,2 ± 0,8	1,7 ± 1,3	0,005
Длительность заболеваемости, сут./год	9,7 ± 7,3	15,5 ± 20,9	0,013
Диагностические			
Анкета на выявление реакций ВНС, %			
Симпатическая реакция со стороны ЖКТ	51,6 ± 9,7	35,0 ± 12,4	0,0001
Парасимпатическая реакция со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)	48,6 ± 9,5	64,9 ± 12,4	0,0001
Тест М. Люшера, ед. Вегетативный коэффициент (ВК)	1,1 ± 0,5	0,9 ± 0,3	0,04

В течение длительной служебной деятельности сотрудники ФПС МЧС России ликвидировали больше пожаров повышенного ранга сложности, сталкивались

гибелью и ранением взрослых пострадавших, при этом они чаще, по сравнению с «молодыми», ощущали моральную поддержку со стороны сослуживцев. Не рассчитывают на содействие товарищей 39,1 % лиц 1-й группы и 11,3 % – 2-й, периодически ощущают взаимовыручку 45,7 % «молодых» и 63,4 % «опытных» сотрудников и постоянно чувствуют помощь коллег – 15,2 % и 25,4 % обследованных 1-й и 2-й группы соответственно.

«Молодые» сотрудники ФПС МЧС предпочитают справляться со стрессом при помощи физических упражнений. Регулярно посещают спортзал 16,7 % обследованных 1-й группы и 10 % – 2-й, периодически (1-2 раза в месяц) тренируются 58,3 % сотрудников 1-й и 36 % – 2-й группы, не занимаются спортом – 25 % и 54 % соответственно. При этом сотрудники со стажем 1-3 года имеют большую зависимость от никотина (см. таблицу 34). Не курят 17,4 % «молодых» и 39,4 % – «опытных» сотрудников; курят менее 1-й пачки в сутки 73,9 % лиц из числа 1-й группы и 43,7 % – 2-й группы; более 1-й пачки сигарет в день выкуривают 8,7 % и 16,9 % обследованных соответственно.

Пристрастие алкоголю, в среднем, одинаково в обеих группах ($p = 0,41$), однако лица с длительным стажем службы употребляют алкоголь чаще. 8,7 % «молодых» и 14,3 % «опытных» сотрудников вообще не употребляют алкоголь; «слабые» алкогольные напитки предпочитают 21,7 % лиц в 1-й группе и 26,8 % – во 2-й группе, «крепкие» – 69,6 % и 59,2 % обследованных соответственно. Среди «опытных» сотрудников 45,7 % употребляют алкогольные напитки 1-2 раза/месяц, 32,9 % – 3-4 раз/месяц, 7,1 % – 5-6 раз/месяц. В группе «молодых» сотрудников 67,1 % лиц прибегают к алкоголю 1-2 раза/месяц, 24,2 % – 3-4 раза/месяц.

Сотрудники ФПС МЧС со стажем службы более 10 лет чаще ($1,7 \pm 1,3$) и длительнее ($15,5 \pm 20,9$) болеют, а также отличаются от «молодых» невысоким энергопотенциалом (см. таблицу 35). У 4,2 % «опытных» сотрудников выявлено выраженное утомление ($BK = 0,2-0,47$ ед.), у 44,8 % – умеренная потребность в восстановлении и отдыхе ($BK = 0,5-0,99$ ед.). Их энергоресурсов достаточно для успешной деятельности в привычных профессиональных условиях и для временной мобилизации в экстремальной ситуации, однако в этом случае вероятно за-

паздывание с принятием решений и сниженная работоспособность. Своевременный отдых может предотвратить развитие более выраженных негативных состояний.

Для сотрудников ФПС МЧС со стажем службы 1-3 года характерна установка на активность и действие, оптимальная мобилизованность физических и психических сил, на фоне умеренного деятельного возбуждения ($CO = 9,1 \pm 5,8$; $BK = 1,1 \pm 0,5$). В условиях мотивированной деятельности они не испытывают профессиональных затруднений, в экстремальной ситуации вероятно высокая скорость принятия решений и успешность действий.

Описанное психологическое состояние также подтверждается данными вегетативного статуса (см. таблицу 35). У сотрудников ФПС МЧС России со стажем службы 1-3 года выявлено преобладание симпатического тонуса ВНС со стороны желудочно-кишечного тракта (67,5 % лиц), в отличие от «опытных» сотрудников, у которых более выражены парасимпатические реакции ЖКТ (78,2 % обследованных). Выявленные различия свидетельствуют о вегетативных взаимоотношениях внутри пищеварительной системы, но не позволяют судить о степени вегетативной дисфункции, для уточнения которой требуется дополнительное медицинское обследование. Однако можно предположить вероятное развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у сотрудников МЧС при перманентном воздействии стрессоров служебной деятельности.

В таблице 36 представлены результаты сравнительного анализа психологических особенностей сотрудников ФПС МЧС России с различным стажем службы.

Профили по шкалам СМИЛ обеих групп не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 45–60 Т-баллов, с умеренным подъемом по шкале коррекции (рисунок 29). Значения шкалы «К» на уровне 55 Т-баллов отражают защитное поведение в виде отрицания затруднений и подчеркивания соблюдения конвенциональных норм, при этом лица из числа 1-й группы стремятся представить себя в более выгодном свете (шкала L, $p=0,004$), а обследованные 2-й группы склонны давать менее достоверные ответы (шкала F, $p=0,006$).

Таблица 36 – Результаты сравнения психологических особенностей сотрудников ФПС МЧС России с различным стажем службы

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 10 и более лет	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	49,9 ± 7,9	46,2 ± 7,6	0,004
F (достоверность)	49,5 ± 7,8	52,6 ± 6,5	0,006
3-я (эмоциональная лабильность)	53,9 ± 6,3	50,7 ± 6,9	0,001
0-я (социальная интроверсия)	44,8 ± 6,1	49,0 ± 6,8	0,0001
ОТС, шкала, Т-балл			
Di (диссимуляция)	50,2 ± 12,1	42,9 ± 15,1	0,003
D («гиперактивации»)	39,5 ± 9,2	43,9 ± 13,5	0,03
b (диссоциация)	51,3 ± 11,4	47,5 ± 12,5	0,04
c («вторжения»)	48,9 ± 8,3	53,1 ± 11,6	0,01
e («гиперактивации»)	45,3 ± 10,2	49,8 ± 8,9	0,003
ОСР (острое стрессовое расстройство)	44,8 ± 8,9	48,0 ± 10,7	0,03
Опросник выраженности психопатологической симптоматики			
Враждебность (HOS)	0,3 ± 1,9	0,1 ± 1,2	0,05
Паранойяльные симптомы (PAR)	0,3 ± 0,2	0,1 ± 0,2	0,0001

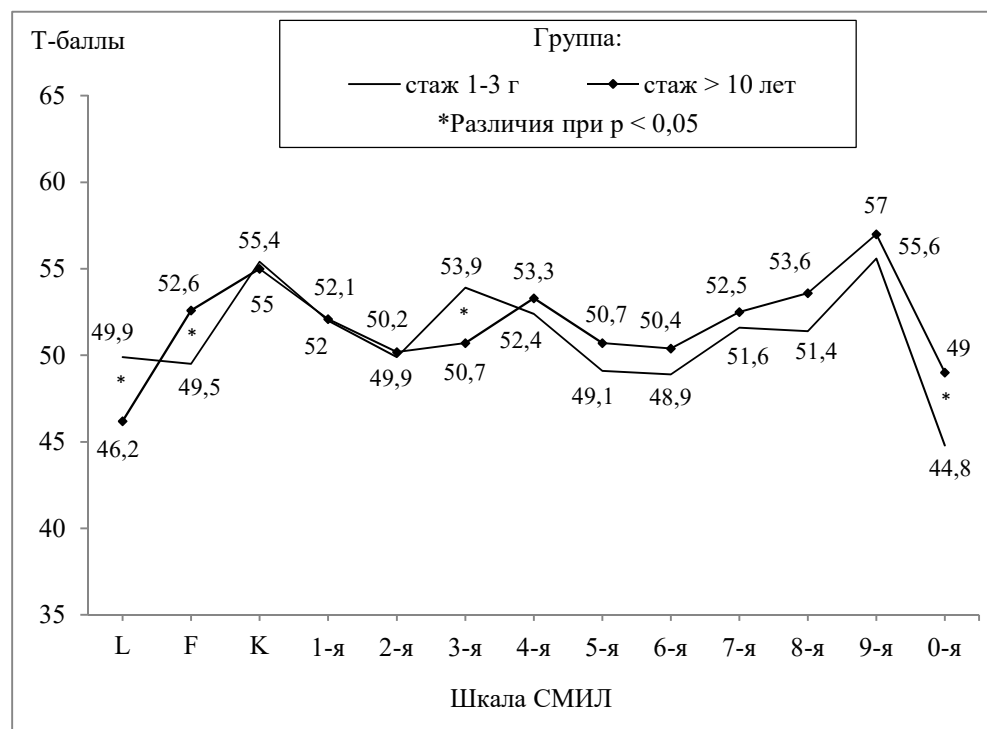


Рисунок 29 – Профили СМИЛ сотрудников ФПС МЧС России с различной длительностью профессионального стажа

У сотрудников ФПС МЧС со стажем службы 1-3 года профиль СМИЛ отражает характеристики смешанного типа реагирования (код по Уэлшу: 934178/2560:K/LF), при котором гипертимные черты, высокий уровень притязаний (9-я шкала), жесткость характера, несентементальность (5-я), сочетаются с нетерпеливостью, склонностью к риску (4-я), эмоциональной лабильностью, демонстративностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям и потребностью нравиться окружающим (3-я). В экстремальной ситуации они способны быстро ориентироваться, энергично действовать, смело идти на риск, однако при недостатке профессионального опыта избыточная активность может носить нецеленаправленный и самонадеянный характер. Среди «молодых» сотрудников высокие значения (60-70 Т-баллов) по шкале оптимистичности имеют 32,8 % лиц, по шкале импульсивности – 17,2 %, по шкале эмоциональной лабильности – 22 % обследованных. Сочетание повышенной самооценки с дезорганизованной активностью, недостаточная способность внутреннего восприятия социальных норм и эмоциональная незрелость могут затруднить их профессиональную адаптацию. В стрессовой обстановке повышенная впечатлительность может привести к выраженным вегетативным реакциям и усугубить негативные эмоциональные состояния. У сотрудников 1-й группы преобладающими психологическими защитными механизмами являются отрицание (9-я) и вытеснение из сознания психотравмирующей информации (3-я, 4-я шкалы), при этом возможны демонстративные эмоциональные реакции или трансформация тревоги в функциональные соматические нарушения (3-я шкала СМИЛ).

Для сотрудников ФПС МЧС России со стажем службы более 10 лет характерны стенические свойства личности (код профиля СМИЛ по Уэлшу 948713562/0:K/FL), оптимистичная жизненная позиция, позитивная самооценка, стремление к независимости, доминантный стиль поведения с чертами импульсивности и индивидуалистичности. Наиболее продуктивны и эффективны такие специалисты будут в условиях, требующих частого переключения внимания, т.е. в случаях экстренного реагирования. В условиях чрезвычайной ситуации, при достаточном интеллекте и профессионализме у них вероятно конструктивное, активное эмоционально-поведенческое реагирование: интуитивный и быстрый анализ возникшей

проблемы, решительное, мужественное, самоуверенное и рискованное поведение, вплоть до пренебрежения опасностью. Высокие значения (60-75 Т-баллов) по 9-й шкале СМИЛ имеют 41,4 % «опытных» сотрудников, по 4-й шкале – 20,7 %, по 8-й шкале – 25,3 % обследованных лиц. Для них характерны высокая мотивация достижения, стремление к соперничеству, неустойчивые, часто завышенные притязания, легкость переключения внимания, недостаточная способность к последовательным действиям, в сочетании с затруднением в межличностных контактах в связи с ориентацией на собственные внутренние критерии оценки ситуации. У сотрудников 2-й группы преобладающими защитными механизмами являются: отрицание проблем, обесценивание и вытеснение из сознания негативной информации с критическими, эмоционально-протестными реакциями (9, 4-я шкалы), а также интеллектуализация тревоги (8-я шкала СМИЛ).

В профилях обеих групп средние значения по шкале социальной интроверсии находятся на уровне 45-50 Т-баллов, однако у «опытных» сотрудников они значимо выше ($p = 0,0001$). Высокие значения 0-й шкалы (60-65 Т-баллов), выявленные у 10,3 % сотрудников 2-й группы, свидетельствуют об их интровертированности, замкнутости, пассивной личностной позиции, инертности и безынициативности в деятельности. Вероятно, такие личностные особенности могут быть следствием личностной дисгармонии, возникшей на фоне эмоционального выгорания, профессиональной деформации или посттравматического стресса.

Регрессионный анализ позволил установить, что только в 3 % случаев ($R^2 = 0,034$; $F = 4,26$; $p = 0,0001$) у сотрудников МЧС с возрастом усиливаются проявления невротического контроля (1-я шкала СМИЛ):

$$1\text{-я шкала СМИЛ} = 47,0 + 0,15(\text{возраст}).$$

Отсутствие взаимосвязей возраста сотрудников ФПС МЧС с другими шкалами СМИЛ позволило предположить, что описанные выше личностные изменения обусловлены, в основном, влиянием стресс-факторов длительной профессиональной деятельности, а не возрастными особенностями.

Профили по шкалам ОТС обеих групп не превышают нормативный разброс (40-60 Т-баллов), с умеренным подъемом по шкалам: аггравации и «А» (рисунок 30). 40,6 % лиц 1-й группы и 37,9 % – из числа 2-й стремятся привлечь внимание к своим проблемам путем подчеркивания плохого самочувствия (шкала «Ag» у них достигает 60-75 Т-баллов). При этом «молодые» сотрудники чаще сознательно скрывают признаки недомогания ($p=0,003$): у 25 % представителей 1-й группы шкала «Di» находится на уровне 60-75 Т-баллов.

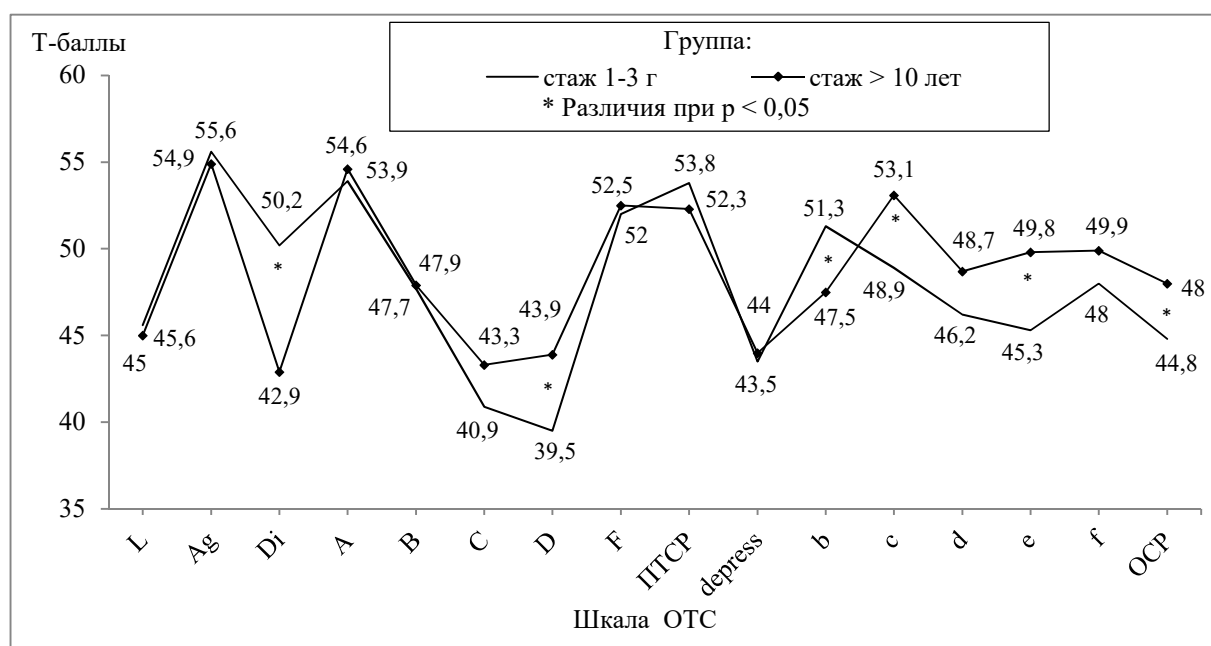


Рисунок 30 – Профили ОТС сотрудников ФПС МЧС России с различным стажем службы

Обследованные обеих групп признают наличие в их жизни психотравмирующего события (шкала «А» $n_1 = 53,9 \pm 11,4$; $n_2 = 54,6 \pm 11,1$). ПТСР и дистресс незначительно выражены в обеих группах (52-54 Т-балла), однако симптомы «гиперактивации» ПТСР преобладают среди обследованных 2-й группы ($p=0,03$), у 22 % лиц ПТСР достигает 65-85 Т-баллов.

У сотрудников со стажем службы более 10-ти лет, по сравнению с 1-й группой, также достоверно выше уровень доклинических проявлений ОСР ($p=0,03$): 48,3 % из них имеют незначительные (50-60 Т-баллов) симптомы «вторжения», а 9,2 % – выраженные (65-85 Т-баллов); у 50,6 % лиц выявлены симптомы «гиперактивации» в пределах 50-60 Т-баллов, у 3,4 % – на уровне 65-75 Т-баллов. У

«молодых» сотрудников преобладает феномен диссоциации ОСР ($p=0,04$): 35,9 % из них имеют незначительную диссоциативную симптоматику (50-60 Т-балла), а 28 % – выраженную (65-75 Т-балла). Поведение таких сотрудников обычно не расценивается окружающими как отклоняющееся от нормы, однако навязчивые воспоминания и эмоциональные переживания травматического события, расстройства сна, рассеянность, трудности концентрации внимания, вспышки раздражительности вызывают напряженность в межличностных отношениях, могут привести к перенапряжению компенсаторных функций психической деятельности и дезадаптации на фоне интерференции с перманентными стрессорами повседневной жизни.

Регрессионный анализ позволил установить, что существует 8 % вероятность того, что симптомы ПТСР ($R^2 = 0,08$; $F = 10,2$; $p = 0,002$) менее выражены у сотрудников ФПС МЧС с длительным стажем службы:

$$\text{ПТСР} = 58,4 - 0,56(\text{стаж}).$$

При этом в 9 % случаев симптомы диссоциации ($R^2 = 0,87$; $F = 11,6$; $p = 0,0001$) и в 7 % – депрессии ($R^2 = 0,67$; $F = 8,7$; $p = 0,004$) уменьшаются с возрастом:

$$\text{симптомы диссоциации (b)} = 57,3 - 0,38(\text{возраст}),$$

$$\text{симптомы депрессии (depres)} = 56,1 - 0,37(\text{возраст}).$$

Отсутствие взаимосвязей возраста и стажа службы сотрудников ФПС МЧС с другими шкалами ОТС подтверждает, что описанные выше проявления посттравматической симптоматики, вероятно, обусловлены влиянием факторов длительной профессиональной деятельности.

В таблице 37 представлены результаты сравнительного анализа выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) у сотрудников ФПС МЧС России с различным стажем службы, в сравнении с нормативными данными, которые получены Н.В. Тарабриной (1992-1997 гг.) в комплексном исследовании, проведенном в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН [283, С. 159-162].

Таблица 37 – Результаты сравнения средних показателей шкал SCL-90-R изучаемых групп с нормативными данными*

Шкалы SCL-90-R	Значения показателей в группах обследованных (M ± σ)		Пожарные* (n=90)
	«молодые» стаж 1-3 лет	«опытные» стаж 10 и более лет	
Соматизация (SOM)	0,21 ± 0,13	0,24 ± 0,13	0,29 ± 0,30
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	0,28 ± 0,17	0,29 ± 0,17	0,38 ± 0,33
Межличностная сензитивность (INT)	0,27 ± 0,17	0,27 ± 0,19	0,44 ± 0,38
Депрессия (DEP)	0,23 ± 0,16	0,22 ± 0,15	0,25 ± 0,26
Тревожность (ANX)	0,28 ± 0,18	0,25 ± 0,16	0,26 ± 0,27
Враждебность (HOS)	0,26 ± 0,19**	0,16 ± 0,17**	0,33 ± 0,41
Фобическая тревожность (PHOB)	0,24 ± 0,18	0,23 ± 0,16	0,12 ± 0,19
Паранойяльные симптомы (PAR)	0,32 ± 0,19**	0,15 ± 0,20**	0,37 ± 0,39
Психотизм (PSY)	0,23 ± 0,19	0,19 ± 0,19	0,15 ± 0,22
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,09 ± 0,15	0,13 ± 0,20	0,29 ± 0,24
Индекс симптоматического дистресса (PSDI)	0,41 ± 0,50	0,56 ± 0,62	1,16 ± 0,24

* Средние значения показателей шкал SCL-90-R по данным Н.В. Тарабриной

** Достоверные различия между группами ($p \leq 0,05$)

У сотрудников ФПС МЧС России со стажем службы 1-3 года значения по шкалам «HOS» ($p=0,05$) и «PAR» ($p=0,001$) значимо выше по сравнению с «опытными» сотрудниками, но ниже средненормативных. 22,5 % обследованных 1-й группы проявляют агрессию, гнев и раздражительность в своем поведении, а 27,5 % – враждебно и подозрительно относятся к окружающим (шкалы «враждебность» и «паранойяльные симптомы» на уровне 0,5-0,8 баллов). Во 2-й группе таковых 8,7 % и 10,9 % соответственно. Кроме того, у «молодых» сотрудников показатели по шкалам «тревожность» и «психотизм» выше нормативных значений. 31 % обследованных из числа 1-й группы испытывают опасения, тревогу, страх, напряжение, нервозность (шкала «ANX» на уровне 0,4-0,7 баллов). Избирательность в контактах, субъективизм взглядов и суждений, обособленно-созерцательная личностная позиция характерна для 33 % лиц 1-й группы (шкала «PSY» 0,3-0,5 балла), у 9 % возможны проявления межличностной изоляции, неконформизма и эгоцентризма (шкала «PSY» 0,6-0,7 балла).

В обеих группах значения по шкале «фобическая тревожность» превышают средненормативный уровень. У 51,1 % «молодых» и 52,2 % «опытных» сотрудников шкала «PHOB» находится в пределах 0,3-0,6 баллов, что предполагает наличие

у них страха определенных ситуаций, объектов, мест или людей, ведущего к избегающему поведению. У представителей 1-й и 2-й групп значения по шкалам «соматизация», «обсессивно-компульсивные расстройства», «межличностная сензитивность», «депрессия», а также общий индекс тяжести симптомов и интенсивность симптоматического дистресса ниже нормативных. При этом значимое уравнение регрессии, описывающее 28 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,28$; $F = 11,8$; $p = 0,0001$), свидетельствует о том, что с возрастом у сотрудников МЧС нарастает тяжесть обсессивно-компульсивных расстройств и снижается выраженность паранойяльных симптомов: $\text{возраст} = 34,3 - 20,8(\text{PAR}) + 12,4(\text{GSI}) + 9,8(\text{O-C})$.

Таким образом, длительное (10 и более лет) выполнение профессиональных обязанностей сотрудниками ФПС МЧС России в условиях психофизической нагрузки (ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, столкновения с психотравмирующими ситуациями) влияет на психологическое и соматическое здоровье, приводя к характерным изменениям.

К позитивно-адаптивным личностным изменениям, уместным и необходимым для эффективного выполнения профессиональной деятельности, относятся: повышение эмоциональной устойчивости, конформности, взаимовыручки, снижение враждебности, подозрительности, чувствительности к средовым воздействиям, никотиновой зависимости.

Негативными последствиями длительной профессиональной деятельности являются: повышение частоты (в 1,4 раза) и длительности (в 1,6 раз) заболеваемости, парасимпатического тонуса ЖКТ, частоты употребления алкогольных напитков, утомления, замкнутости, пассивности в деятельности, симптомов ОСР и ПТСР (симптомов «вторжения» и физиологической гипервозбудимости) доклинического уровня, снижение частоты и регулярности занятий спортом.

Профилактике эмоционального выгорания и сохранению профессионального долголетия будет способствовать периодическое изменение видов или мест деятельности, чтобы избежать «пресыщения» однообразием. В целях профилактики дезадаптации и посттравматических расстройств «опытным» сотрудникам показаны своевременная диагностика и лечение соматической патологии, здоровый

образ жизни, активный отдых, психологическое консультирование, психотерапия симптомов ПТСР (телесно-ориентированная, психодинамическая, гештальт-терапия и др.).

Молодые сотрудники ФПС МЧС могут быть успешны в условиях мотивированной деятельности, совпадающей с их потребностью в самореализации, а также ориентированной на физическую активность и широкий круг социальных контактов. Адаптированное поведение молодых специалистов будет зависеть от умения управлять своей активностью, оставаясь в рамках субординации и нормативных правил. В целях нивелирования негативных проявлений, свойственных гипертимным, возбудимым и невротическим особенностям личности, и для улучшения профессиональной адаптации им показано психологическое консультирование, психокоррекция эмоциональной неустойчивости, раздражительности, агрессивности, тревожности, страхов, а также своевременная психотерапия диссоциативных симптомов ОСР.

При проведении профессионального психологического отбора желательно рекомендовать на службу в ФПС МЧС России индивидов со значениями 3-й и 0-й шкал СМИЛ ниже 50 Т-баллов, так как у них меньше риск развития неблагоприятных личностных изменений в процессе длительной профессиональной деятельности. Полученные материалы могут быть использованы для проведения индивидуальных консультаций личного состава, психологической профилактики и коррекции, направленных на повышение устойчивости к деструктивному влиянию стресс-факторов в течение всего срока службы в МЧС.

5.2 Психологические и соматические последствия профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России в сравнении с участниками контртеррористической операции

Гипотеза исследования: характер профессиональной деятельности формирует у сотрудников ФПС МЧС России и сотрудников ОВД (участников контртеррористической операции) специфические (позитивные, негативные) и неспецифические (адаптивные) психологические и соматические последствия.

Объект исследования – 455 мужчин:

1-я группа (численностью $n_1=232$) – сотрудники ФПС МЧС России в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров различного ранга сложности, стаж службы в МЧС ($7,9 \pm 4,9$) лет.

2-я группа: ($n_2=223$) – сотрудники ОВД в возрасте ($28,8 \pm 5,5$) лет – участники КТО на территории Чеченской Республики, средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта (224 ± 143) суток, средняя продолжительность периода реадaptации к мирной жизни (812 ± 724) суток, стаж службы в ОВД ($8,2 \pm 4,2$) лет.

Характерологические особенности личности, психическое состояние и проявления постстрессовых расстройств у сотрудников экстремального профиля деятельности исследовались при помощи СМИЛ Л.Н. Собчик [328]; теста М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [82]; ОТС И.О. Котенева [164]. Помимо демографических, учитывались клинико-статистические показатели: частота и длительность заболеваемости в течение календарного года (без уточнения нозологического диагноза), количество черепно-мозговых травм (ЧМТ), рост, вес, частота и регулярность занятий спортом.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics» ver. 19.0. Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни и χ^2 -критерий Пирсона с уровнем значимости ($p \leq 0,05$). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня). Для изуче-

ния взаимосвязей переменных использовался множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 37 представлены значимо различающиеся номинативные переменные по двум независимым выборкам.

Таблица 37 – Результаты сравнения частоты занятий спортом и встречаемости ЧМТ среди сотрудников ФПС МЧС России и комбатантов

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков (%) в группах обследуемых		p
		сотрудники МЧС	комбатанты ОВД	
Частота и регулярность занятий спортом	1-не занимаюсь	81 (34,9)	61 (67,8)	0,0001
	2-периодически	103 (44,4)	23 (25,6)	
	3-постоянно	48 (20,7)	6 (6,7)	
Черепно-мозговые травмы	1- не было	202 (87,1)	71 (75,5)	0,0001
	2 - были	30 (12,9)	23 (24,5)	

Сотрудники МЧС чаще, по сравнению с комбатантами, снимают стрессовое напряжение при помощи физических упражнений: среди них в 3 раза больше лиц, регулярно посещающих спортзал и в 2 раза меньше тех, кто не занимается спортом. Среди участников КТО в 2 раза больше сотрудников, имеющих в анамнезе черепно-мозговые травмы (каждый четвертый обследованный), возможно данный факт связан с воздействием факторов боевой обстановки.

В таблице 38 представлены результаты сравнительного анализа психологических и соматических особенностей сотрудников ФПС МЧС России и участников вооруженного конфликта. Сотрудники МЧС, в среднем, старше комбатантов на 1,7 лет, выше на 1,8 см и тяжелее на 3,5 кг. Ростом 180-188 см обладают 35 % участников КТО и 45 % сотрудников МЧС, а ростом ниже 170 см – 11,7 % и 8,5 % обследованных соответственно. Массу тела 80-90 кг имеют 42,8 % комбатантов и 64,6 % пожарных, от 100 кг и выше – 6 % и 9 % лиц соответственно. Среди представителей обеих групп провели оценку индекса массы тела (индекс Кетле) по формуле: $BMI = m/h^2$ (где m – масса тела в кг, h – рост в метрах). В результате установлено, что избыточный вес характерен для 19,6 % сотрудников МЧС и 7,8 % участников

КТО. Предположительно разница в массе тела обусловлена тем, что тушение пожаров требует от профессионалов физической силы (развитой мускулатуры), а оперативно-боевая деятельность – выносливости и мобильности.

Таблица 38 – Результаты сравнения психологических и соматических особенностей участников КТО и сотрудников МЧС России

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	сотрудники МЧС	комбатанты ОВД	
Клинико-статистические			
Возраст, лет	30,5 ± 6,5	28,8 ± 5,5	0,003
Вес, кг	82,3 ± 10,5	78,8 ± 11,2	0,03
Рост, см	179,3 ± 6,4	177,5 ± 6,0	0,06*
Длительность заболеваемости, сут./год	13,8 ± 15,8	23,4 ± 24,2	0,0001
Психодиагностические			
СМИЛ, шкала, Т-баллы			
L (ложь)	49,0 ± 7,7	53,1 ± 10,3	0,0001
K (коррекция)	55,3 ± 6,2	60,2 ± 8,7	0,0001
3-я (эмоциональная лабильность)	54,6 ± 7,4	50,9 ± 7,3	0,03
4-я (импульсивность)	54,6 ± 7,2	56,8 ± 7,5	0,002
5-я (мужественность – женственность)	51,4 ± 7,0	49,4 ± 8,6	0,008
6-я (ригидность)	49,2 ± 7,7	52,4 ± 7,2	0,0001
0-я (социальная интроверсия)	45,3 ± 8,1	47,5 ± 6,0	0,002
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	10,1 ± 6,5	14,3 ± 5,9	0,0001
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	45,3 ± 13,9	51,1 ± 10,4	0,0001
Ag (агравация)	56,6 ± 10,9	48,9 ± 9,6	0,0001
Di (диссимуляция)	44,7 ± 14,6	50,3 ± 8,9	0,0001
A (травматическое событие)	52,9 ± 11,3	50,4 ± 9,0	0,02
C (симптомы «избегания»)	39,4 ± 12,7	47,0 ± 10,3	0,0001
D (симптомы «гиперактивации»)	39,8 ± 11,0	46,0 ± 10,6	0,0001
F (дистресс)	52,9 ± 13,9	45,9 ± 9,6	0,0001
ПТСР	46,0 ± 10,4	52,5 ± 12,7	0,0001
depress	42,7 ± 8,8	45,6 ± 10,3	0,003
c (симптомы «вторжения»)	52,5 ± 10,8	46,7 ± 10,8	0,0001
f (дистресс)	51,0 ± 13,4	45,8 ± 9,6	0,0001

*Тенденция к различию ($0,05 < p \leq 0,08$)

Средняя длительность утраты трудоспособности в течение года достоверно выше у комбатантов. На момент обследования от 20 до 30 сут./год болели 48,7 % сотрудников МЧС и 27 % сотрудников ОВД, от 40 до 58 сут./год были нетрудоспособны 9,5 % обследованных 1-й группы и 12 % лиц 2-й группы, от 60-120 сут./год – 6 % комбатантов и 2,6 % пожарных. Частота заболеваемости в обеих выборках достоверно не различалась и составила, в среднем, $1,6 \pm 1,2$ случаев/год в 1-й груп-

пе, во 2-й – $1,8 \pm 1,4$ случаев/год. С помощью регрессионного анализа установлено, что показатели заболеваемости взаимосвязаны со степенью выраженности симптомов гипервозбудимости ПТСР (D). С вероятностью 12 % ($R^2 = 0,12$; $F = 15,9$; $p = 0,0001$) можно утверждать, что при их наличии сотрудники МЧС заболевают чаще (частота заболеваемости (случаев/год) = $1,0 + 0,42D$), а комбатанты в 6 % случаев ($R^2 = 0,06$; $F = 4,1$; $p = 0,046$) болеют дольше:

$$\text{длительность заболеваемости (сут./год)} = 5,13 + 0,6D.$$

Психическое состояние участников КТО на момент обследования значительно отличается от сотрудников МЧС в худшую сторону: средний уровень непродуктивной напряженности (СО=12,5–20 ед.) установлен у 27,7 % пожарных и 50,7 % комбатантов. Такие сотрудники справляются со своими обязанностями в пределах регламентированных требований и, в случае необходимости, преодолевают усталость волевым усилием, однако при отсутствии полноценного отдыха у них вероятно длительное снижение работоспособности. У 13 % комбатантов и 5,6 % сотрудников МЧС выявлен повышенный уровень нервно-психической напряженности (СО=20,1–25,3 ед.): они раздражительны, тревожны, не способны к интенсивным нагрузкам вследствие усталости, ненадежны в стрессовой ситуации. Выраженная непродуктивная напряженность (СО=25,4–32 ед.) обнаружена у 5,6 % участников КТО и 4,3 % пожарных. Для них характерны переутомление, резкие перепады настроения, эмоциональная отстраненность, ограничение круга коммуникации, формализованность общения. В стрессовой ситуации вероятны непрогнозируемость поступков и неэффективность деятельности.

Усредненные профили СМИЛ обеих групп (рисунок 31) находятся в нормативном диапазоне (45-60 Т-баллов) с умеренным подъемом по шкале коррекции (до 55-60 Т), отражающим защитную реакцию обследуемых на психодиагностическую ситуацию. Комбатанты чаще, чем сотрудники МЧС, склонны представлять себя в выгодном свете, подчеркивая соблюдение общепринятых норм (шкала L, $p=0,0001$).

Среди участников КТО на 20,7 % больше лиц, со значениями шкалы лжи на уровне 65–69 Т-баллов, пытающихся скрыть эмоциональную напряженность, признаки дезадаптации и демонстрирующих социально одобряемое поведение: в 1-й группе таковых 12,6 %, а во 2-й – 33,3 %. При этом 35 % комбатантов и 8 % пожарных отрицают наличие у себя психологических проблем и соматических расстройств (шкала К \geq 65 Т-баллов).

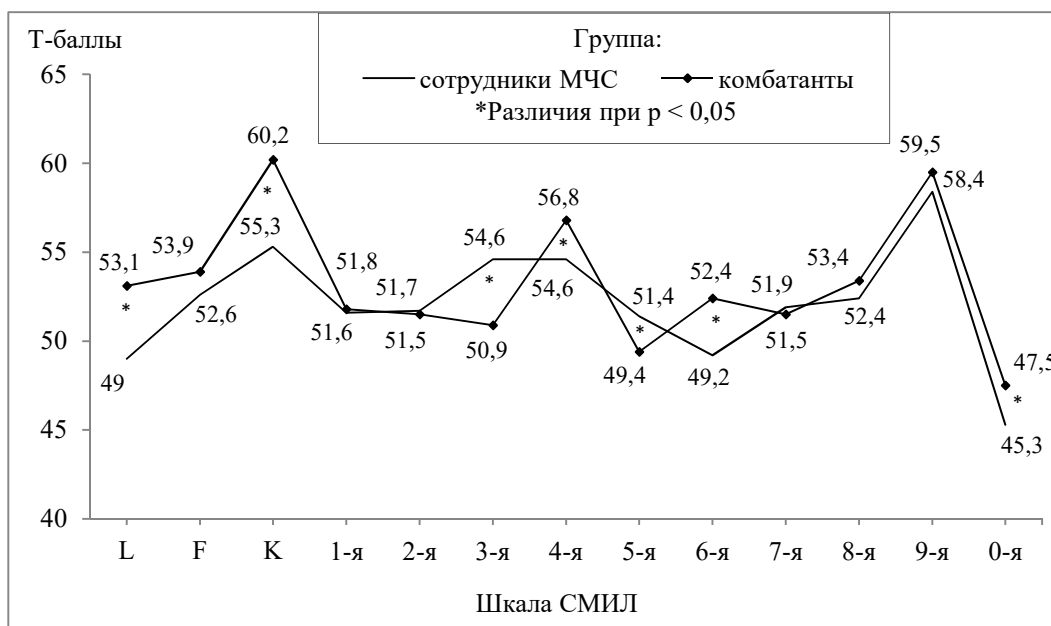


Рисунок 31 – Профили СМИЛ сотрудников МЧС России и сотрудников ОВД – участников контртеррористической операции

Усредненный профиль СМИЛ сотрудников МЧС отражает характеристики смешанного типа реагирования (код по Уэлшу: 93487215/60:KL/F), при котором гипертимные черты (9-я шкала), импульсивность, стремление к независимости (4-я), индивидуалистичность (8-я) сочетаются с эмоциональной лабильностью и потребностью нравиться окружающим (3-я). Преобладающими у них являются защитные механизмы отрицания (9-я шкала СМИЛ) и вытеснения (3, 4-я шкалы) негативных переживаний с возможными демонстративными реакциями, а также соматизацией тревоги и внутреннего конфликта (3-я).

В группе комбатантов профиль СМИЛ (код по Уэлшу: 94861723/50:KFL/) свидетельствует о стеническом типе реагирования с превалированием возбудимых черт (9-я, 4-я шкалы) на фоне индивидуалистичности, эмоциональной дистанциро-

ванности (8-я) и ригидности личности (6-я). В экстремальной обстановке вероятна актуализация защитных механизмов отрицания (9-я шкала), вытеснения (4-я), интеллектуальной трансформации тревоги (8-я) и рационализации (6-я) с возможными экспансивно-агрессивными реакциями в случае дезадаптации личности.

Сотрудники МЧС значительно отличаются от комбатантов повышенной эмоциональной лабильностью (см. таблицу 38). Среди них на 6,2 % больше лиц, характеризующихся избыточным и противоречивым эмоциональным реагированием, демонстративностью, неустойчивостью самооценки, подверженных влиянию референтной группы (3-я шкала на уровне 60-69 Т-баллов): в 1-й группе таковых 19 %, во 2-й – 12,8 %. Демонстративная акцентуация (3-я шкала ≥ 70 Т-баллов) выявлена у 2,3 % пожарных, что в сочетании с повышенной 4-й шкалой значительно усиливает характеристики 3-й, увеличивая вероятность истерических реакций в стрессовой ситуации со склонностью к «самовзвинчиванию». Вместе с тем пониженные значения 3-й шкалы (< 50 Т-баллов), свидетельствующие об эмоциональной устойчивости и низкой чувствительности к средовым воздействиям выявлены у 19,4 % сотрудников МЧС и 37 % комбатантов. Регрессионный анализ позволил установить, что в 10 % случаев ($R^2 = 0,10$; $F = 17,3$; $p = 0,0001$) эмоционально устойчивым сотрудникам ОВД (3-я шкала ≤ 45 Т-баллов) свойственны выраженные симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (D): 3-я шкала СМИЛ = $60,2 - 0,21(D)$. Вероятно, у каждого 10-го комбатанта внешне декларируемая стрессоустойчивость достигается путем сдерживания эмоций, которые трансформируются на биологическом уровне в вегетативные реакции.

Участники КТО значительно отличаются от сотрудников МЧС повышенной возбудимостью, вспыльчивостью, независимым, решительным и рискованным поведением, способностью оперативно реагировать и противостоять внешнему давлению: значения 4-й шкалы на уровне 60–69 Т-баллов обнаружены у 22 % пожарных и 35,4 % комбатантов. В экстремальной обстановке они способны быстро ориентироваться и активно действовать, опираясь на свою интуицию, однако при этом возможна низкая подчиняемость в ситуации, когда формальный лидер не пользуется уважением. Неконформные тенденции усиливаются на фоне повышенных 6-й и 9-й

шкал. Возбудимый тип акцентуации (4-я шкала ≥ 70 Т-баллов) установлен у 2,7 % сотрудников МЧС и у 9,7 % сотрудников ОВД. Перечисленные выше особенности у них заострены и проявляются выраженной импульсивностью, конфликтностью, затрудненным самоконтролем агрессивных реакций. В случае, если гипервозбудимость является симптомом ПТСР, она может сопровождаться внезапными вспышками раздражительности, протестными реакциями с экзальтацией и оборонительными действиями. Согласно регрессионному уравнению, в 11 % случаев ($R^2=0,11$; $F=14,6$; $p=0,0001$) у импульсивных сотрудников МЧС обнаруживаются симптомы гиперактивации (D) и дистресса (F) ПТСР: 4-я шкала СМИЛ = $50,4 + 0,24(D) - 0,25(ПТСР) + 0,2(F)$.

Среди комбатантов в 2,4 раза больше лиц, отличающихся инертностью нервных процессов: значения шкалы ригидности на уровне 60-68 Т-баллов обнаружены у 28,8 % участников КТО и 11,8 % сотрудников МЧС. Для них характерны прямолинейность, настойчивость, стремление к доминированию, практичность, рациональное и конкретное мышление. Однако деятельность в экстремальных условиях, требующая быстрой реакции, усиливает у таких личностей внутреннее напряжение, которое может проявиться в виде спонтанной агрессивной реакции. При этом у 4 % комбатантов ($R^2 = 0,044$; $F = 10,0$; $p = 0,002$) с выраженными ригидными проявлениями вероятно наличие ПТСР: 6-я шкала СМИЛ = $46,2 + 0,12(ПТСР)$. Высокие значения 6-й шкалы (70-75 Т-баллов), выявленные у 3,2 % сотрудников МЧС, предполагают наличие у них эпилептоидной («застревающей» по К. Леонгарду) акцентуации, отличительные особенности которой усиливаются на фоне повышенных 4-й и 9-й шкал (см. рисунок 31), увеличивая риск эксплозивных реакций. Регрессионное уравнение подтверждает, что в 3 % случаев ($R^2 = 0,03$; $F = 5,0$; $p = 0,027$) у таких лиц имеет место выраженный дистресс (F): 6-я шкала СМИЛ = $43,0 + 0,13(F)$. Вместе с тем у 8,7 % комбатантов и 4 % пожарных установлены низкие показатели 6-й шкалы (25-40 Т-баллов), свидетельствующие об их намерении скрыть враждебность подчеркиванием миролюбивых тенденций.

В усредненных профилях обеих групп значения шкалы социальной интроверсии находятся на уровне 45-48 Т-баллов, однако у комбатантов они значимо

выше (см. таблицу 38). Умеренно повышенная 0-я шкала (50-59 Т-баллов) ослабляет стенические черты у 20,5 % сотрудников МЧС и 38,7 % участников КТО, а также отражает их сниженную включенность в социальное взаимодействие, стремление избегать конфликтов. Высокие значения 0-й шкалы (60-65 Т-баллов), выявленные у 6 % комбатантов, свидетельствуют об их интровертированности, пассивности, скрытности и отчужденности. Перечисленные черты могут быть проявлениями свойств гипостенической личности, либо следствием ПТСР. Регрессионное уравнение подтверждает, что у 6 % участников КТО ($R^2=0,06$; $F=14,3$; $p=0,0001$) с высокими показателями шкалы социальной интроверсии (50-60 Т-баллов) имеется вероятность клинически выраженного частичного ПТСР:

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 41,3 + 0,12(\text{ПТСР}).$$

В 8 % случаев ($R^2=0,08$; $F=17,97$; $p=0,0001$) интровертированность и отчужденность усиливаются на фоне симптомов дистресса ОСР (f):

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 41,3 + 0,12(f).$$

У 6 % сотрудников МЧС ($R^2=0,06$; $F=9,2$; $p=0,003$) 0-я шкала положительно взаимосвязана с симптомами депрессии (depress):

$$0\text{-я шкала СМИЛ} = 37,4 + 0,13(\text{depress}).$$

У комбатантов, в отличие от пожарных, более выражены мужские черты характера (жесткость, доминантность, мужественность, отсутствие сентиментальности): значения 5-й шкалы на уровне 35-45 Т-баллов выявлены у 42 % участников КТО и 32 % сотрудников МЧС. При этом в 1-й группе почти в 2 раза больше лиц, имеющих повышенные значения 5-й шкалы: показатели на уровне 55-68 Т-баллов обнаружены у 26 % сотрудников МЧС и 13,8 % комбатантов. Вероятно, выбор опасной профессии молодыми мужчинами с чертами инфантилизма носит гиперкомпенсаторный характер, поскольку создает у них ощущение социальной защищенности, ореола престижности и служит почвой для самоутверждения. В зрелом возрасте подъем по 5-й шкале, по-видимому, связан со склонностью сдерживать агрессивные эмоции и пассивно уклоняться от конфликтов. Возможно также, что некоторые обследуемые предпочли декларировать гуманистическую направленность интересов, потребность в дружелюбных и гармоничных отношениях.

Усредненные профили ОТС обеих групп (рисунок 32) не превышают нормативный разброс (40-60 Т-баллов) и находятся в доклиническом диапазоне, с ведущими пиками по шкалам «травматическое событие», симптомы «вторжения» ОСР и «дистресса» (1-я группа), итогового показателя ПТСР (2-я группа).

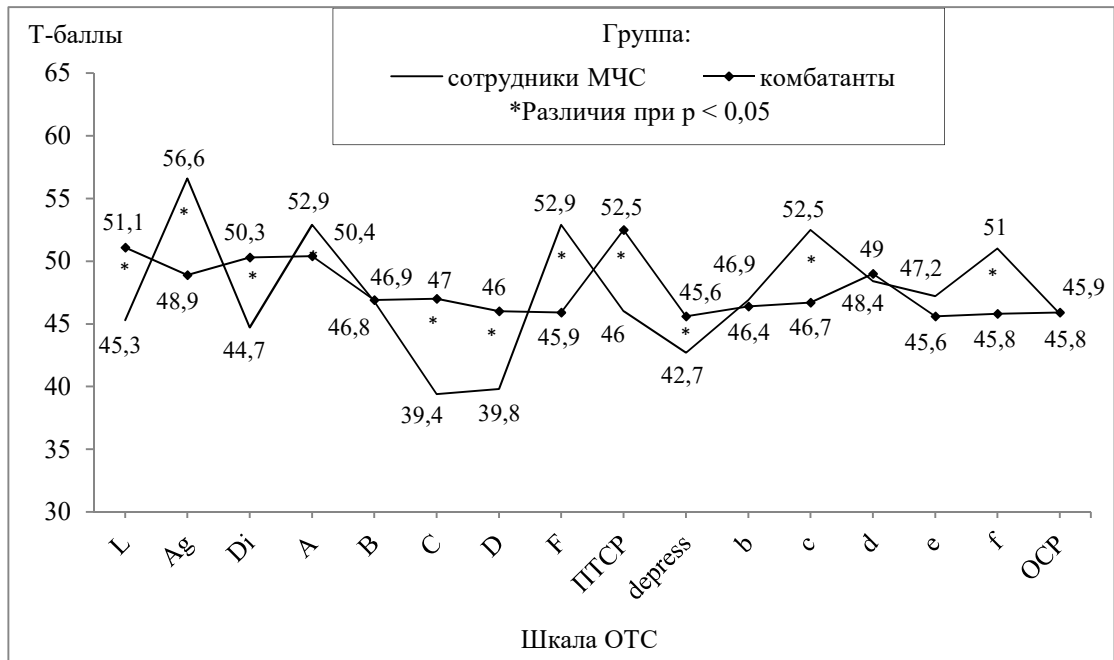


Рисунок 32 – Профили ОТС сотрудников МЧС и комбатантов ОВД

Среди участников КТО на 7,2 % больше лиц, стремящихся скрыть признаки расстройства (шкалы лжи и диссимуляции), а среди сотрудников МЧС на 28 % больше лиц, подчеркивающих тяжесть своего состояния (шкала аггравации) и на 11,3 % больше тех, кто признает наличие в своем жизненном опыте травматического события.

В среднем, у сотрудников МЧС выше значения отдельных симптомов ОСР (на уровне 65-75 Т-баллов симптомы «вторжения» установлены в 15 % случаев, дистресса – в 18,6 %), а у сотрудников ОВД – проявлений ПТСР. На момент обследования 12,6 % комбатантов имели ярко выраженные (65-75 Т-баллов) симптомы «избегания», 10,8 % – гиперактивации, 7,8 % – дистресса и 11,7 % – депрессии. Среди пожарных высокие значения (65-75 Т-баллов) симптомов «избегания» ПТСР выявлены у 8,7 % лиц, гипервозбудимости – у 3,4 %, дистресса – у 24,2 % и депрессии – у 5,4 %. Вместе с тем клинически выраженное ПТСР (76-85 Т-баллов) вероятно у 2,4 % сотрудников 1-й группы, и 5,6 % лиц из числа 2-й группы. Для

уточнения диагноза полученные результаты таких сотрудников необходимо дополнить углубленным клинико-психологическим обследованием.

Таким образом, характер профессиональной деятельности формирует у сотрудников ФПС МЧС России и комбатантов ОВД специфические (позитивные, негативные) и неспецифические (адаптивные) психологические и соматические последствия. При этом у сотрудников МЧС, по сравнению с участниками контртеррористической операции, формируется меньше негативных последствий.

Специфически-негативными психологическими последствиями боевого стресса являются повышенный уровень психического напряжения, импульсивности, ригидности, социальной интроверсии и симптомов посттравматического стрессового расстройства («избегания», «гиперактивации», депрессии) донологического уровня. У интровертированных комбатантов вероятны клинически выраженные симптомы дистресса, депрессии и частичного ПТСР. Специфически-негативные соматические последствия: в 1,7 раза более длительная заболеваемость ($23,4 \pm 24,2$ сут./год) и в 2 раза более частая встречаемость черепно-мозговых травм у участников КТО (24,5 %), по сравнению с сотрудниками МЧС. Наличие симптомов гипервозбудимости ПТСР удлиняет период соматической нетрудоспособности у комбатантов.

Специфически-негативными психологическими последствиями участия в ликвидации пожаров являются: повышенная, по сравнению с комбатантами, эмоциональная лабильность и смешанный тип стрессового реагирования, который, вероятно, увеличивает риск функциональных соматических нарушений в процессе длительной профессиональной деятельности. В негативную сторону со стороны соматического здоровья сотрудников МЧС отличает в склонность к избыточной массе тела (19,6 %).

Специфически-позитивными последствиями экстремальной деятельности в боевых условиях являются стенический эмоционально-поведенческий тип реагирования, умение эффективно мобилизоваться, оперативно действовать в сложных ситуациях, при необходимости решительно и мужественно идти на риск. Быстрая реакция и хорошая интуиция (при наличии высокого интеллекта) способствуют выживанию и выполнению боевых задач в условиях КТО.

Специфически-позитивными психологическими особенностями профессии пожарно-спасательного профиля являются более выраженная, по сравнению с комбатантами, эмотивность, способность к состраданию, сопричастности настроению окружающих (при наличии зрелой гражданской платформы данные качества необходимы в профессии гуманистической направленности), а также умение как подчиняться, так и командовать, легко переходя из одной социальной роли в другую (профессионала-руководителя, пожарного, спасателя и т.д.). Позитивные соматические особенности: сотрудники МЧС в 3 раза чаще, чем комбатанты, занимаются спортом и утрачивают трудоспособность на менее длительный срок ($13,8 \pm 15,8$ сут./год).

Отсутствие различий по 1-й, 2-й, 7-й, 8-й и 9-й шкалам СМИЛ у сотрудников МЧС и комбатантов, вероятно, указывает на единую природу развития некоторых личностных изменений, имеющих неспецифический характер для всех специалистов профессий экстремального профиля. К неспецифическим адаптивным (профессионально-обусловленным) личностным особенностям относятся: умение подчиняться приказам и установленному порядку, исполнительность, конформизм референтной группе, осторожность, чуткость к опасности, способность эмоционально дистанцироваться с целью объективной оценки ситуации и прогнозирования последствий ее развития. Средние показатели на уровне 52 Т-баллов по 1-й, 2-й и 7-й шкалам СМИЛ свидетельствуют о сбалансированном отношении к окружающему и отсутствии у большинства профессионалов выраженных гипотимических, ипохондрических и психастенических проявлений. При этом гипертимные черты, свойственные представителям обеих групп, а также защитные механизмы отрицания и вытеснения, позволяют им сохранять оптимистический настрой, несмотря на воздействие стрессогенных, опасных для жизни профессиональных факторов.

5.3 Зависимость последствий деятельности в экстремальных условиях от влияния различных психологически значимых факторов

5.3.1 Мотивация сотрудников ФПС МЧС России к деятельности в экстремальных условиях и ее влияние на выраженность психологических и соматических последствий

Гипотеза исследования: мотивы личного выбора профессии пожарно-спасательного профиля влияют на соматическое здоровье и на психологическое благополучие сотрудников ФПС МЧС России при продолжительном служебном стаже и неоднократном участии в ликвидации последствий ЧС.

Объект исследования составили 83 сотрудника ФПС МЧС России:

1-я группа (численностью $n_1 = 42$) – мужчины в возрасте ($30,3 \pm 5,3$) лет с социально-ориентированной («положительной») мотивацией выбора профессии пожарного и стажем службы в МЧС ($8,6 \pm 4,2$) лет;

2-я группа ($n_2 = 41$) – мужчины в возрасте ($30,1 \pm 4,4$) лет с индивидуально-ориентированной («отрицательной») профессиональной мотивацией и стажем службы в МЧС ($8,8 \pm 3,1$) лет.

С помощью индивидуальной беседы и стандартизированного интервью осуществлялся сбор данных по мотивационной направленности сотрудников ФПС МЧС России, принимавших участие в тушении пожаров различного ранга сложности и ликвидации последствий ЧС. Вопрос звучал следующим образом: «Назовите, пожалуйста, пять причин, которые повлияли на Ваш выбор профессии пожарно-спасательного профиля».

Ответы респондентов относили к 13-ти группам: 1) материальная выгода («достойная заработная плата», «льготы»); 2) чувство долга и патриотизма; 3) потребность оказывать помощь окружающим («спасение людей», «чувство товарищества», «хочу быть нужным» и др.); 4) интерес к деятельности, которая нравится, в том числе любовь к риску («мечта детства», «люблю рисковать», «нравится работа» и др.) 5) династия, семейные традиции; 6) когнитивные потребности

(«приобретение новых знаний и навыков», «возможность получить бесплатное высшее образование»); 7) потребность в уважении, престиж профессии; 8) стремление укрепить свой характер; 9) потребность в самореализации; 10) уход от проблем сложившейся жизни («безработица», «кризис», «случайность», «неудовлетворенность прежней работой», «больше ничего не умею делать»); 11) потребность в безопасности («стабильность», «социальная защищенность», «возможность получить квартиру»); 12) утилитаризм («удобный график», «отдых 2 дня после дежурства», «близко от дома», «ранняя пенсия», «легко устроиться» и др.); 13) самоутверждение («проверить себя», «доказать, что я – мужчина», «хочу построить карьеру», «форма придает статус» и др.).

Эти ответы явились основополагающим признаком разделения сотрудников ФПС МЧС России на две исследовательские группы (таблица 39):

1-я – социально-ориентированная («положительная») мотивация основывается на потребностях высшего порядка (в уважении, принадлежности, познании нового, самореализации и др.), и означает, что такие сотрудники будут эффективны при выполнении служебных задач в экстремальных условиях, поскольку видят свой долг в помощи людям и любят свою профессию;

2-я – индивидуально-ориентированная (эго-ориентированная, «отрицательная») мотивация. В ее основе лежат физиологические и утилитарные потребности, а также потребность в безопасности, самоутверждении или пассивная жизненная позиция (уход от проблем). Такая мотивационная направленность обуславливает высокий риск собственной неосторожности, утраты здоровья или жизни (травмы, ожоги, падение с высоты и др.), то есть может привести к потерям личного состава во время тушения пожара, а также стать источником проблем в совместной (групповой) деятельности (при неадекватных, хаотичных действиях, безответственности, трусости и др.).

Поскольку мотив «материальная выгода» обеспечивает базовые потребности индивида и не является чисто психологическим, он был выделен отдельно и исключен из статистической обработки.

Таблица 39 – Мотивы выбора профессии пожарно-спасательного профиля

Мотивация	n (%)
Материальная выгода	57 (16,8)
<i>Социально-ориентированные мотивы и высшие потребности</i>	38,9 %
– помощь людям	42 (12,4)
– интерес к деятельности, которая нравится	42 (12,4)
– потребность в уважении	20 (5,9)
– когнитивные потребности	13 (3,8)
– династия, семейные традиции	6 (1,8)
– стремление укрепить свой характер	4 (1,2)
– чувство долга, патриотизма	3 (0,9)
– самореализация	2 (0,6)
<i>Индивидуально-ориентированные мотивы и низшие потребности</i>	44,3 %
– утилитаризм	65 (19,1)
– потребность в безопасности	49 (14,4)
– самоутверждение	28 (8,2)
– уход от проблем сложившейся жизни	9 (2,6)
Общая сумма ответов	340 (100)

С помощью анонимного анкетирования исследовались:

- 1) демографические показатели: возраст, образование, стаж, семейное положение, количество детей, рост, вес; а также частота и регулярность занятий спортом, особенности предыдущей военной службы (в обычных или особо сложных условиях, в «горячих точках»);
- 2) частота встречаемости стрессовых (психотравмирующих) ситуаций на протяжении всего стажа профессиональной деятельности; а также количество случаев участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности и последствий крупномасштабных ЧС;
- 3) исходный уровень соматического статуса: показатель «группа здоровья» отражает экспертную оценку уровня физического здоровья обследуемых лиц по результатам медицинского освидетельствования на военно-врачебной комиссии (ВВК) в соответствии с предполагаемым видом деятельности (с 1 по 4 группы). При этом меньший номер группы предназначения соответствует более высокому уровню здоровья сотрудника ФПС МЧС;
- 4) частота и длительность общей заболеваемости в течение календарного года; степень никотиновой (количество выкуриваемых сигарет в день) и алко-

гольной зависимости (систематичность, объем и крепость употребляемых алкогольных напитков), наличие черепно-мозговых травм.

Для изучения характерологических особенностей сотрудников ФПС МЧС использовались: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]; тест самоактуализации личности (САТ) [81]; методику диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) [57].

Анализ данных проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics 17.0». Для оценки достоверности различий независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни (U), t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона (сравнение независимых эмпирических распределений). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Учитывались статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) и тенденции к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$). Взаимосвязи переменных изучались с помощью множественного регрессионного анализа (шаговый отбор), с учетом статистической значимости коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионных коэффициентов и их статистической значимости (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 40 представлены результаты опроса сотрудников ФПС МЧС России ($n = 83$) о частоте встречаемости стрессовых и психотравмирующих ситуаций за весь период их служебной деятельности. Ответы на вопрос: «Случались ли следующие ситуации во время Вашей профессиональной деятельности?» были просуммированы (в процентах) отдельно по каждой категории. Максимально часто сотрудники ФПС МЧС сталкиваются с опасной близостью открытого огня (56 % опрошенных), гибелью и ранением взрослых пострадавших (34 %), взрывом и обрушением горящих конструкций (25 %), электротравмой (17 %), испытывая при этом страх за свою жизнь (23 %), а также ощущают страх при работе на высоте (15%), в замкнутом пространстве (14 %), переживают по поводу унижающих обвинений, высказанных публично (10 %).

Таблица 40 – Частота встречаемости стрессовых и психотравмирующих ситуаций в профессиональной деятельности пожарных

Ситуации профессиональной деятельности	Никогда (не встречались)	Редко (несколько раз)	Часто (многократно)
Гибель (ранение) в Вашем присутствии сослуживца (товарища)	69 %	28 %	3 %
Гибель (ранение) в Вашем присутствии незнакомого взрослого	36 %	30 %	34 %
Гибель (ранение) в Вашем присутствии ребенка	79 %	17 %	4 %
Взрыв, обрушение, представляющее опасность для жизни	33 %	42 %	25 %
Открытое пламя на опасном расстоянии	15 %	29 %	56 %
Воспламенение одежды	72 %	24 %	4 %
Отравление продуктами горения и термического разложения	75 %	22 %	3 %
Удар электрическим током	44 %	39 %	17 %
Страх во время угрозы взрыва или действия других факторов, представляющих опасность для здоровья и жизни	40 %	37 %	23 %
Страх за свою жизнь, когда находились в тесном пространстве, откуда трудно выйти	58 %	28 %	14 %
Страх за свою жизнь при работе на высоте	52 %	33 %	15 %
Страх при работе в СИЗОД, исчерпание запаса кислорода (воздуха), когда Вы находились в непригодной для дыхания среде	68 %	27 %	5 %
Страх за свою жизнь при работе под водой (в воде или на глубине)	95 %	5 %	0 %
Моральная поддержка со стороны товарищей	20 %	55 %	25 %
Моральная поддержка со стороны семьи, близкого человека	22 %	28 %	50 %
Игнорирование Вашей просьбы о помощи со стороны сослуживцев	82 %	13 %	5 %
Игнорирование Вашей просьбы о помощи со стороны семьи или друзей	89 %	9 %	2 %
Обвинения, унижающие человеческое достоинство, высказанные на людях	72 %	18 %	10 %

Постоянно чувствуют моральную поддержку со стороны своей семьи 50 % опрошенных и 25 % – со стороны сослуживцев. Однако настораживает тот факт, что 28 % лиц лишь иногда могут рассчитывать на помощь близких, а 55 % – на помощь друзей, при этом 29 % обследованных редко поддерживают семья и коллеги.

В таблице 41 представлены значимо различающиеся номинативные переменные по двум независимым выборкам.

Таблица 41 – Результаты сравнения показателей анонимного анкетирования сотрудников МЧС с различной мотивационной направленностью

Показатели, условные обозначения		Эмпирические частоты признаков (%) в группах обследованных		p
		положительная мотивация	отрицательная мотивация	
Участие в ликвидации последствий крупномасштабных ЧС	1- нет	22 (52,4)	33 (80,5)	0,007
	2- да	20 (47,6)	8 (19,5)	
Моральная поддержка со стороны товарищей	1- нет	5 (11,9)	11 (26,8)	0,015
	2 - редко	21 (50,0)	25 (61,0)	
	3 - часто	16 (38,1)	5 (12,2)	
Моральная поддержка со стороны семьи	1- нет	4 (9,5)	14 (34,2)	0,0001
	2 - редко	8 (19,0)	16 (39,0)	
	3 - часто	30 (71,4)	11 (26,8)	
Употребление и крепость алкогольных напитков	1 - не употребляю	2 (4,8)	7 (17,5)	0,0001
	2 - да, слабые	37 (88,1)	14 (35,0)	
	3 - да, крепкие	3 (7,1)	19 (47,5)	
Систематичность употребления алкоголя (частота/месяц)	1 – 1-2 раза/мес.	32 (76,2)	20 (48,8)	0,06*
	2 – 3-5 раз/мес.	8 (19,0)	17 (41,5)	
	3 – 6-10 раз/мес.	2 (4,8)	3 (9,7)	
Частота и регулярность занятий спортом	1-не занимаюсь	3 (7,1)	6 (14,6)	0,07*
	2-периодически	20 (47,6)	26 (63,4)	
	3-постоянно	19 (45,2)	9 (22,0)	

* Тенденция к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$)

Среди социально-ориентированных сотрудников ФПС МЧС России в 2,4 раза больше лиц, которые участвовали в ликвидации крупномасштабных ЧС, по сравнению со 2-й группой на 45 % больше тех, кто постоянно ощущает поддержку близких и на 26 % – тех, кто чувствует взаимовыручку со стороны сослуживцев.

Сотрудники с индивидуально-ориентированной мотивацией предпочитают справляться со стрессом при помощи алкоголя: среди них почти в 7 раз больше лиц, употребляющих крепкие алкогольные напитки, в 2 раза больше тех, кто употребляют алкоголь 3-5 раз/месяц и 6-10 раз/месяц, по сравнению с 1-й группой. Каждый второй «отрицательно» мотивированный сотрудник выпивает 1-2 раза в месяц. «Положительно» мотивированные сотрудники ФПС МЧС чаще снимают стрессовое напряжение при помощи физических упражнений: среди них в 2 раза больше лиц, регулярно посещающих спортзал и в 2 раза меньше тех, кто не занимается спортом.

В таблице 42 представлены результаты сравнительного анализа психологических особенностей сотрудников ФПС МЧС России с различной мотивацией деятельности в экстремальных условиях.

Таблица 42 – Результаты сравнения психологических последствий в зависимости от мотивации деятельности в экстремальных условиях

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	положительная мотивация	отрицательная мотивация	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
К (коррекции)	61,5 ± 8,7	56,8 ± 6,7	0,01
0-я (социальная интроверсия)	45,1 ± 6,2	48,6 ± 5,9	0,007
Тест Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	10,5 ± 5,6	13,4 ± 6,2	0,03
ОТС, шкала, Т-балл			
Ag (агравация)	48,2 ± 9,9	53 ± 9,6	0,01
Di (диссимуляция)	51,6 ± 9,5	46,7 ± 10,6	0,009
B («вторжения»)	46,2 ± 7,9	54,2 ± 8,9	0,0001
C («избегания»)	45,2 ± 8,6	54,9 ± 12,3	0,0001
D («гиперактивации»)	45,3 ± 8,4	53,4 ± 8,0	0,0001
F (дистресс)	44,5 ± 8,3	53,7 ± 8,4	0,0001
ПТСР	44,3 ± 8,1	54,1 ± 9,4	0,0001
depress	41,3 ± 7,7	50,5 ± 11,1	0,0001
b (диссоциация)	45,1 ± 8,2	55,8 ± 14,2	0,0001
c («вторжения»)	46,0 ± 7,9	54,3 ± 9,0	0,0001
d («избегания»)	48,6 ± 10,6	53,0 ± 9,8	0,03
e («гиперактивации»)	45,3 ± 9,1	53,2 ± 8,3	0,0001
f (дистресс)	47,0 ± 8,4	53,0 ± 8,0	0,01
ОСР	44,9 ± 7,7	54,2 ± 9,1	0,0001
САТ, шкала, Т-балл			
Ориентация во времени (Bp)	53,6 ± 8,9	49,9 ± 8,5	0,07*
Самоуважение (Cy)	60,9 ± 7,5	57,7 ± 7,8	0,06*
Представлений о природе человека (П)	54,6 ± 9,3	49,4 ± 8,3	0,008
Креативности (Kp)	47,7 ± 8,2	51,6 ± 6,4	0,008
Диагностика эмоционального выгорания (В.Бойко) синдром, фаза, симптом, балл			
Эмоциональное выгорание (ЭВ)	56,6 ± 30,7	100,9 ± 41,9	0,0001
Напряжение (Н)	10,2 ± 11,8	28,6 ± 18,8	0,0001
Резистенция (Р)	30,5 ± 15,4	43,3 ± 18,0	0,002
Истощение (И)	15,8 ± 10,2	29,0 ± 13,4	0,0001
Переживание психотравмирующих обстоятельств (ППО)	3,6 ± 3,9	8,8 ± 6,9	0,0001
Неудовлетворенность собой (НУ)	2,9 ± 4,3	7,6 ± 7,9	0,002
«Загнанность в клетку» (ЗК)	1,7 ± 3,7	5,6 ± 6,3	0,0001
Тревога и депрессия (ТД)	2,2 ± 3,9	6,3 ± 7,1	0,001
Эмоционально-нравственная дезориентация (ЭНД)	6,0 ± 4,4	9,0 ± 5,7	0,007
Расширение сферы экономики эмоций (РЭЭ)	2,3 ± 3,6	5,4 ± 7,0	0,04

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	положительная мотивация	отрицательная мотивация	
Редукция профессиональных обязанностей (РПО)	10,0 ± 8,1	13,9 ± 8,6	0,04
Эмоциональный дефицит (ЭД)	3,8 ± 5,0	9,0 ± 6,4	0,0001
Эмоциональная отстраненность (ЭО)	7,4 ± 4,7	9,4 ± 4,9	0,06*
Деперсонализация (ДП)	2,8 ± 4,2	6,7 ± 6,8	0,004
Психосоматические нарушения (ПСН)	2,7 ± 4,7	5,4 ± 5,0	0,001

* Тенденция к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$)

Профили по шкалам СМИЛ обеих групп не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 45–65 Т-баллов, с умеренным подъемом по шкале коррекции и ведущими пиками по 4-й и 9-й шкалам (рисунок 33).

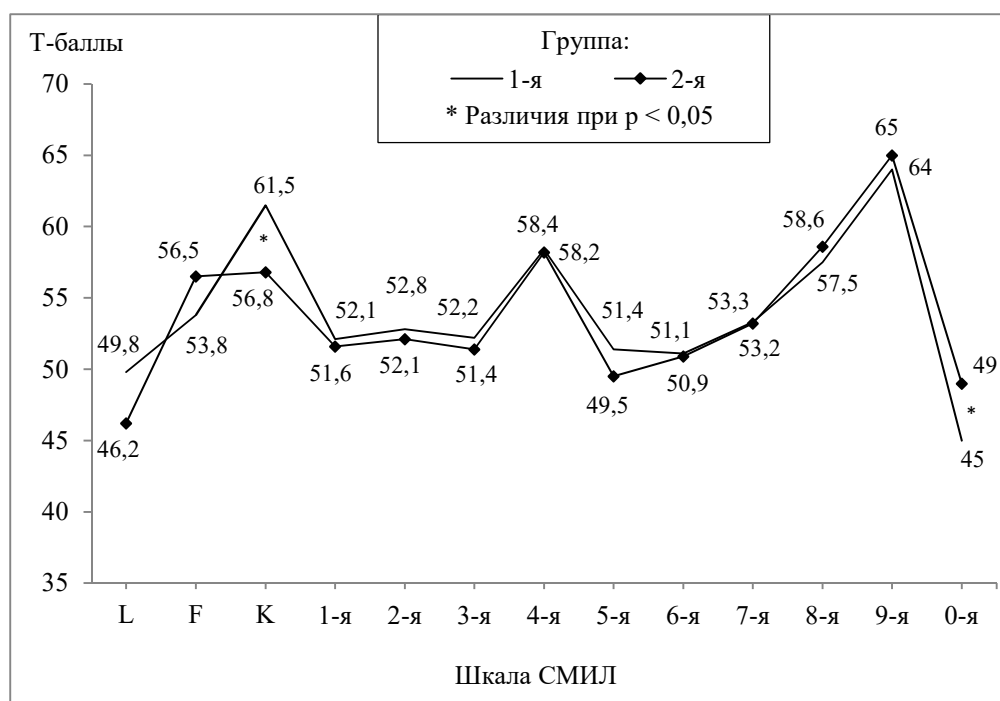


Рисунок 33 – Профили СМИЛ сотрудников ФПС МЧС России с негативной и позитивной мотивацией деятельности в экстремальных условиях

Значения шкалы К на уровне 55–60 Т отражают хороший самоконтроль над эмоциями и защитное поведение, однако сотрудники ФПС МЧС 1-й группы чаще склонны отрицать (или бессознательно вытеснять) психологические проблемы. Для обследованных обеих групп характерен стенический тип реагирования, активный, типично мужской стиль поведения с чертами индивидуалистичности и стремлением к независимости (код профиля СМИЛ по Уэлшу для 1-й группы 9-48723156/0:K-F/L; для 2-й группы 9-84721365/0: KF/L). При наличии хорошей подготовки и опыта у

данных лиц вероятно конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: способность быстро анализировать ситуацию, действовать решительно и адекватно обстановке, смело идти на риск. Однако в случае выполнения сложных служебных задач возможна недооценка серьезности ситуации, пренебрежение опасностью, самонадеянность, избыточная и нецеленаправленная активность. При этом для «отрицательно» мотивированных лиц более характерны эгоцентричность, не критичность к своим ошибкам, беспечность, потребность в свободе принятия решений, что может затруднить их трудовую адаптацию, особенно при директивном давлении окружающих. В профилях обеих групп средние значения по шкале социальной интроверсии находятся на уровне 45-50 Т-баллов, однако у сотрудников с индивидуально-ориентированной мотивацией они значимо выше. Высокие значения 0-й шкалы (60-65 Т-баллов) ослабляют стенические черты и выявляют дисгармоничность, выраженную интровертированность и пассивность личности у 8 % обследованных 2-й группы. Им свойственны замкнутость, субъективизм, безынициативность в деятельности, отказ от самореализации, уход от решения проблем и социальной активности, в стрессовой ситуации – отчужденность и раздражительность.

В целом, представителям обеих групп свойственна физиологическая мобилизованность, умеренное деятельное возбуждение (1-я группа: $VK=1,2 \pm 0,5$; 2-я группа: $VK=1,2 \pm 0,6$), однако, у 17,5 % лиц с «отрицательной» мотивацией обнаружен высокий уровень нервно-психической напряженности (на уровне 20-28 ед.). Они способны без затруднений справляться со служебными обязанностями в пределах привычных требований, но в стрессовой ситуации, требующей интенсивной отдачи, вынуждены преодолевать усталость волевым усилием, после чего наблюдается длительный период ухудшения самочувствия и сниженной работоспособности. Гипертимные черты, оптимизм, защитные механизмы отрицания (9-я шкала СМИЛ), ухода от проблем (8-я шкала), вытеснения из сознания негативных переживаний (4-я) позволяют сотрудникам ФПС МЧС справляться с психотравмирующими ситуациями, обуславливая отсутствие симптомов постстрессовых расстройств (см. таблицу 42). Однако 26 % представителей 1-й группы сознательно скрывают признаки недомогания (диссимуляция на уровне 58-67 Т-баллов). Вместе с тем у сотрудников 2-й

группы достоверно выше уровень доклинических проявлений ПТСР ($54,1 \pm 9,4$ Т-баллов): 26 % из них имеют выраженные симптомы «избегания» (на уровне 65-80 Т-баллов); 24 % – «вторжения» (65-70 Т-баллов) и дистресса ($54,1 \pm 9,4$ Т-баллов); 16 % – «гиперактивации» (65-75 Т-баллов) и 20 % – депрессии (65-75 Т-баллов), при этом у 47 % лиц аггравация (желание привлечь внимание к своим проблемам путем подчеркивания плохого самочувствия) достигает 56-70 Т-баллов. Часто поведение таких сотрудников не расценивается окружающими как отклоняющееся от нормы, однако их внутренняя дисгармония и напряженность нарушают качество жизни, проявляясь в сужении аффекта, отчужденности, раздражительности, неприятных воспоминаниях, расстройствах сна, трудностях концентрации внимания, ощущении отсутствия жизненной перспективы, усугубляя сниженное настроение и мотивацию избегания неудач. Данное состояние на фоне отсутствия социальной поддержки может привести к перенапряжению компенсаторных функций психической деятельности и дезадаптации (непсихотическим патологическим и психосоматическим расстройствам, алкоголизации, антисоциальному поведению), степень выраженности которых обуславливается дисфункцией вегетативной нервной системы и психопатическим преморбидом конкретного индивида.

Кроме этого, в группе индивидуально-ориентированных сотрудников у 30 % обследованных проявления эмоционального выгорания находятся в диапазоне выше среднего (100-129 баллов), а у 22 % – установлена высокая выраженность синдрома (130-190 баллов). Фаза резистенции (сопротивления) находится в стадии формирования ($43,3 \pm 18,0$), у 42 % представителей 2-й группы доминирует симптом редукции профессиональных обязанностей (РПО на уровне 17-28 баллов), у 9 % лиц выражена эмоционально-нравственная дезориентация (ЭНД на уровне 18-28 баллов). В служебной деятельности они пытаются оградить себя от неприятных впечатлений путем сокращения функций, которые требуют эмоциональных затрат, проявляют равнодушное отношение к окружающим и своим должностным обязанностям, высказываясь в виде: «это не тот случай, чтобы переживать», «почему я должен всем сочувствовать» и т.п. Причем эмоционально-нравственная дезориентация ярче проявляется у «отрицательно» мотивированных сотрудников, демонстрирующих ти-

пично мужской стиль поведения (5-я шкала ≤ 45 Т-баллов), сочетающийся с акцентуацией по гипертимному типу (9-я шкала) или по типу интровертированной личности (0-я). Значимое уравнение регрессии описывает 50 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,5$; $F = 9,7$; $p = 0,0001$) и имеет вид:

$$\text{ЭНД} = -11,06 - 0,37(\text{5-я шкала СМИЛ}) + 0,44(\text{0-я шкала}) + 0,27(\text{9-я шкала})$$

В 22 % случаев ($R^2 = 0,22$; $F = 8,6$; $p = 0,006$) редукция профессиональных обязанностей выше у эгоцентричных, беспечных, неконформных лиц, проявляющих грубоватую и жесткую манеру поведения, сниженную способность к сопереживанию, циничный взгляд на жизнь (7-я шкала ниже 45 Т-баллов):

$$\text{РПО} = 42 - 0,54(\text{7-я шкала СМИЛ})$$

С вероятностью 33 % ($R^2 = 0,33$; $F = 7,5$; $p = 0,002$) можно утверждать, что симптом экономии эмоций характерен для ригидных и пассивных личностей:

$$\text{РЭЭ} = -33,7 + 0,39(\text{6-я шкала СМИЛ}) + 0,39(\text{5-я шкала СМИЛ})$$

Несмотря на то, что показатели фазы «напряжения» и «истощения» находятся на доклиническом уровне, их средние значения достоверно выше у «отрицательно» мотивированных сотрудников. У 9 % обследованных 2-й группы симптом эмоциональной отстраненности максимально выражен (ЭО = 17-21 балл). Они почти полностью исключили эмоции из сферы профессиональной деятельности, что может свидетельствовать о начале развития у них профессиональной деформации. При этом существует 40 % вероятность того, что ПТСР ($R^2 = 0,41$; $F = 12,7$; $p = 0,0001$), симптомы «вторжения» ($R^2 = 0,42$; $F = 13,2$; $p = 0,0001$) и депрессия ($R^2 = 0,39$; $F = 11,7$; $p = 0,0001$) ярче проявятся у лиц в сформированной фазе напряжения:

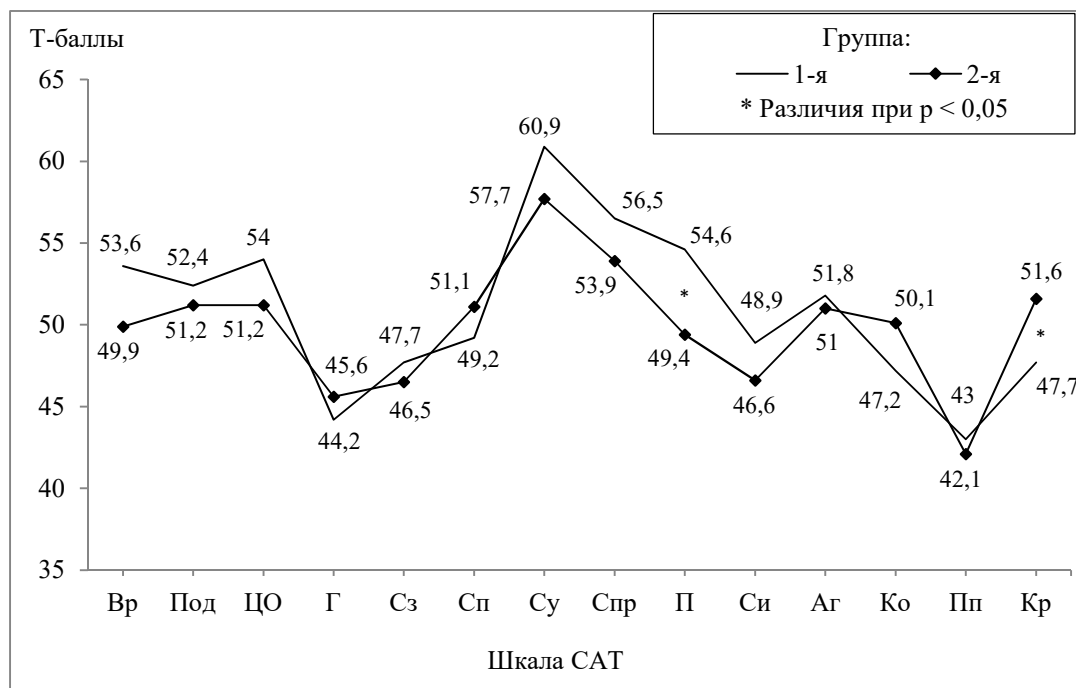
$$\text{ПТСР} = 49 + 0,34(\text{фаза напряжения}) - 0,49(\text{ЭД});$$

$$\text{симптомы «вторжения» (В)} = 51,1 + 0,31(\text{фаза напряжения}) - 0,6(\text{ЭД});$$

$$\text{depres} = 47,3 + 0,41(\text{фаза напряжения}) - 0,19(\text{фаза резистенции}).$$

Показатели шкальных оценок САТ (рисунок 34) в обеих группах находятся в диапазоне статистической и психической нормы (45-55 Т-баллов) и свидетельствуют о среднем уровне (менее 60 Т-баллов) самоактуализации личности у большинства входящих в них сотрудников ФПС МЧС России. Обнаружена тенденция к различию показателей по основному параметру самоактуализирующейся личности – шкале

«ориентация во времени». Высокие значения (59-67 Т-баллов) имеют 40 % обследованных 1-й группы и 31 % – 2-й. Они воспринимают настоящее в единстве с прошлым и будущим, не откладывают свою жизнь на завтра, строят реалистичные планы, опираясь на разумные цели, не обременяя себя прежними обидами и чувством вины.



Шкалы САТ: ориентации во времени (Вр); поддержки (Под); ценностной ориентации (ЦО); гибкости поведения (Г); сензитивности (Сз); спонтанности (Сп); самоуважения (Су); самопринятия (Спр); представлений о природе человека (П); синергии (Си); принятия агрессии (Аг); контактности (Ко); познавательных потребностей (Пп); креативности (Кр).

Рисунок 34 – Профили САТ сотрудников ФПС МЧС России с положительной и отрицательной мотивацией деятельности в экстремальных условиях

Низкий балл по шкале «Вр» (38-44 Т-баллов) выявлен у 28 % социально-мотивированных сотрудников и у 26 % – эго-ориентированных. Такие лица либо живут прошлым, раскаиваясь за совершенные поступки, переживая из-за нанесенных обид, вместо того, чтобы извлекать уроки из своего опыта, либо живут будущим, основываясь на неосуществимых планах, надеясь на невозможное и испытывая страх за свою жизнь. По второму основному показателю самоактуализации (шкала «поддержка») показатели обеих групп не различаются и находятся в среднем диапазоне. Высокий балл по шкале (57-67 Т-баллов) обнаружен у 30 % лиц 1-й группы и у

28 % – 2-й. Такие сотрудники мало подвержены внешнему влиянию, в своих поступках ориентируются на собственные убеждения, опыт и чувства, критически оценивают внешние обстоятельства. Низкие значения шкалы (37-42 Т-баллов), выявленные у 13 % представителей двух групп, свидетельствуют об их конформности, зависимости от мнения окружающих, потребности в привязанности, любви и одобрении других людей.

Ведущим пиком профиля САТ в двух группах является шкала «самоуважение», по которой обнаружена тенденция к различию усредненных показателей (см. таблицу 42). 78 % «положительно» мотивированных и 52 % «отрицательно» мотивированных сотрудников высоко ценят свои достоинства и уважают себя за них (58-72 Т-баллов САТ). Пренебрегают позитивными свойствами своего характера 3 % лиц 1-й группы (41 Т-балл) и 9 % обследованных 2-й группы (38-44 Т-баллов САТ).

45 % социально-ориентированных сотрудников (значения шкалы «П» на уровне 56-70 Т-баллов) и 19 % эго-ориентированных лиц склонны изначально оценивать людей как доброжелательных, признавать, что человеческой природе свойственно сосуществование противоположностей (женственности-мужественности, рациональности-эмоциональности, добра-зла и т.д.). 34 % обследованных 2-й группы и 22 % из числа 1-й группы (34-44 Т-баллов) считают большинство людей «плохими» и враждебными, а зло – самым характерным свойством человека. При этом в 57 % случаев ($R^2 = 0,57$; $F = 11,58$; $p = 0,0001$) проявления дистресса более выражены у «отрицательно» мотивированных лиц, отличающихся адекватным пониманием человеческой природы, но с низким уровнем самоуважения, ценностных ориентаций и неправильно ориентирующихся во времени:

$$\text{дистресс (F)} = 97,5 - 0,43 (\text{Cy}) - 0,44 (\text{ЦО}) + 0,34 (\text{П}) - 0,27 (\text{Вр}).$$

Представителей обеих групп отличают низкие познавательные потребности (в 1-й группе шкала «Пп» на уровне $43,0 \pm 7,4$ Т-баллов; во 2-й группе – $42,1 \pm 9,3$ Т-баллов), при этом креативность достоверно выше у отрицательно мотивированных лиц. В обеих группах около 17 % сотрудников характеризуются выраженной творческой направленностью (шкала «Кр» 56-72 Т-баллов), однако низкий творческий потенциал наблюдается у 13 % обследованных с индивидуально-ориентированными

мотивами и у 48 % лиц с «положительной» мотивацией к деятельности в экстремальных условиях. Возможно, специфика служебной деятельности ФПС МЧС не предполагает использование креативных способностей, а наоборот, подразумевает наибольшую успешность лиц со стандартным мышлением, но способных добросовестно действовать в рамках предписанных приказов и инструкций. При этом среди «отрицательно» мотивированных сотрудников существует 60 % вероятность того, что ПТСР ($R^2 = 0,60$; $F = 12,9$; $p = 0,0001$) ярче проявятся у сензитивных лиц с низким уровнем самоуважения, ценностных ориентаций и креативности:

$$\text{ПТСР} = 116,5 - 0,67 (\text{Су}) - 0,37 (\text{ЦО}) - 0,35 (\text{Кр}) + 0,29 (\text{Сз})$$

Общей характерной особенностью двух групп является низкие показатели (44-46 Т-баллов) по шкале «гибкость поведения» (Г). Только 10 % сотрудников из числа обеих групп имеют высокие значения (58-64 Т-баллов) данной шкалы, они способны быстро и адекватно реагировать, разумно и гибко перестраивая свое поведение в ответ на изменяющуюся ситуацию. При этом 58 % «положительно» и 45 % «отрицательно» мотивированных лиц отличаются догматизмом мышления, ригидностью установок, стремлением жестко придерживаться своих принципов (шкала «Г» на уровне 28-44 Т-баллов). Данные характеристики могут отражать, с одной стороны, личностную predisposition (у индивидов со значениями 6-й шкалы СМИЛ выше 60 Т-баллов), с другой, быть следствием выработанных профессиональных стереотипов, «шаблонных» оценок, способных обеспечить быстроту и точность деятельности, но, наряду с этим, закрепляющих в поведении излишнюю «трафаретность» решения служебных задач, упрощенность во взглядах на проблемы. Такие установки в процессе длительной служебной деятельности могут привести к развитию профессиональной деформации.

Таким образом, мотивы субъективного выбора профессии пожарно-спасательного профиля оказывают влияние, как на характер, так и на степень выраженности психологических и соматических последствий деятельности в экстремальных условиях. В целом, сотрудники МЧС России энергичны, мужественны, решительны, высоко ценят достоинства своего характера, жестко придерживаются личных принципов и обладают низкими познавательными потребностями. Однако лица

с «отрицательной» мотивацией имеют больше негативных последствий, чем сотрудники с социально-ориентированной мотивацией к деятельности в экстремальных условиях.

Для сотрудников ФПС МЧС с индивидуально-ориентированной мотивацией характерны эгоцентричность, самонадеянность, нецеленаправленная гиперактивность, обуславливающая высокий риск собственной неосторожности, утраты здоровья или жизни во время тушения пожара, а также проблемы в коллективной деятельности. Среди них на 8 % больше интровертированных, пассивных, замкнутых лиц, враждебно воспринимающих окружающих, склонных к уходу от решения проблем и употреблению крепких алкогольных напитков (47,5 %), несмотря на то, что они реже участвуют в ликвидации последствий крупномасштабных ЧС. 49 % лиц данной группы употребляет алкоголь 1-2 раза/месяц, 41 % – 3-5 раз/месяц, 10 % – до 10-ти раз/месяц. Каждый четвертый сотрудник ФПС МЧС с «отрицательной» мотивацией не чувствует взаимовыручки со стороны сослуживцев, каждый третий – со стороны семьи и близких. Дисгармоничность личности и ее недостаточная социальная поддержка, приводят к перенапряжению защитных механизмов, истощению адаптационных ресурсов, обуславливая развитие у 22 % сотрудников эмоционального выгорания на фоне субкомпенсированных симптомов ПТСР. В 40 % случаев клинически выраженные симптомы «вторжения» и депрессии вероятны в сформированной фазе напряжения. У «отрицательно» мотивированных лиц, отличающихся низким уровнем самоуважения и несформированностью ценностных ориентаций, ярче проявляются симптомы ПТСР (вероятность 60 %) и дистресса (вероятность 57 %). В 50 % случаев эмоционально-нравственная дезориентация выражена у эго-ориентированных лиц, имеющих акцентуацию гипертимного или интровертированного типа, для 33 % ригидных и пассивных личностей характерен симптом экономии эмоций. Таким лицам показана индивидуальная психокоррекция, семейная и групповая психотерапия (когнитивная, психодинамическая, гештальт, телесно-ориентированная и др.), предупреждение психофизического перенапряжения и релаксационные процедуры, создание комфортных условий жизнедеятельности на фоне поддержки семьи и близких.

5.3.2 Психологические и соматические последствия участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности у сотрудников ФПС МЧС России

Гипотеза исследования: профессиональная деятельность в особо сложных условиях (повышенный ранг сложности тушения пожара) оказывает негативное влияние на соматическое здоровье и психологическое благополучие сотрудников ФПС МЧС России. Объект исследования – сотрудники ФПС МЧС России:

1-я «экстремальная» группа (численностью $n_1=62$) – мужчины, средний возраст ($30,6 \pm 6,7$) лет, участвовавшие в ликвидации пожаров повышенного (№ 3-5) ранга сложности (в том числе на морских и речных судах);

2-я контрольная группа ($n_2=50$) – мужчины, средний возраст ($31,9 \pm 6,2$), участвовавшие в ликвидации пожаров низкого (№ 1-2) ранга сложности.

Для изучения психологических изменений использовались: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [82]; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164].

С помощью анонимного анкетирования учитывались клинико-статистические показатели: возраст, стаж, частота встречаемости стрессовых (психотравмирующих) ситуаций в профессиональной деятельности (опросник стрессовых ситуаций пожарных); степень никотиновой зависимости (количество выкуриваемых сигарет в день), показатели общей заболеваемости за год – частота и длительность (без уточнения нозологических форм патологии).

Исследование ВНС не включало аппаратные и лабораторные методы. Тонус ВНС оценивался с помощью анкеты, составленной на основе таблицы А.Д. Соловьевой (1981) [124, С. 39-53]. Регистрировались и оценивались по пятибалльной шкале субъективные жалобы со стороны органов и функциональных систем организма: сердечно-сосудистой (артериальное давление, пульс, отеки), дыхательной (частота дыхания), пищеварительной систем (аппетит, масса тела, слюноотделение, склонность к повышенному газообразованию, запорам, поносам), внешние объективные

вегетативные показатели со стороны глаз, кожи (цвет, сухость, сальность, потоотделение, дермографизм, пигментация), терморегуляции (температура тела, переносимость тепла/холода, озноб) и др. Полученные баллы симпатических и парасимпатических симптомов суммировались, затем рассчитывалось процентное преобладание симпатического/парасимпатического тонуса в функциональных системах организма.

Математический анализ осуществлялся с помощью статистического пакета «SPSS Statistics, ver. 17.0». Для оценки достоверности различий показателей сравниваемых групп применялся критерий Манна-Уитни (U), t-критерий Стьюдента (для независимых выборок), с уровнем значимости ($p \leq 0,05$). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Для изучения взаимосвязей переменных использовался множественный регрессионный анализ (шаговый отбор), учитывалась статистическая значимость коэффициента множественной корреляции (по F-критерию Фишера), регрессионные коэффициенты и их статистическая значимость (по t-критерию Стьюдента) [249].

В таблице 43 представлены результаты значимых отличий частоты встречаемости стрессовых ситуаций профессиональной деятельности (по опроснику стрессовых ситуаций пожарных) в сравниваемых группах.

Сотрудники ФПС МЧС России, отнесенные к «экстремальной» группе, при ликвидации пожаров повышенного ранга сложности чаще, чем контрольная группа, сталкиваются с психотравмирующими факторами: психофизическими нагрузками, видом разрушений (при ранге пожара № 3-5 в тушении большой площади горения задействованы 10-15 отделений), опасностью получения травм (в том числе при тушении пожара в тесном пространстве морских и речных судов), угрозой жизни и здоровью (опасностью взрывов, отравления оксидом углерода, токсическими продуктами горения и термического разложения при исчерпании запаса воздуха в СИЗОД), соприкосновение со смертью людей (сослуживцев, незнакомых взрослых и детей), страданиями и горем пострадавших.

Таблица 43 – Результаты сравнения частоты встречаемости стрессовых ситуаций при тушении пожаров различного ранга сложности

Стрессовые ситуации профессиональной деятельности пожарных, количество случаев	Значения показателей в группе обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	экстремальная	контрольная	
Количество пожаров повышенного ранга сложности, в ликвидации которых Вы принимали участие	9,4 ± 0,9	0,2 ± 0,2	0,01
Травмы при ликвидации пожара	0,2 ± 0,4	0,0 ± 0,0	0,01
Количество пожаров с погибшими	8,2 ± 1,1	0,1 ± 0,4	0,01
Количество пожаров с пострадавшими	9,3 ± 1,0	0,1 ± 0,3	0,01
Гибель в Вашем присутствии сослуживца	0,4 ± 0,6	0,0 ± 0,0	0,01
Гибель в Вашем присутствии незнакомого взрослого	6,5 ± 4,5	0,1 ± 0,3	0,01
Гибель в Вашем присутствии ребенка			
Количество случаев воздействия взрывной волны	0,5 ± 0,5	0,0 ± 0,0	0,001
Тушение пожара в тесном пространстве	1,3 ± 0,7	0,0 ± 0,0	0,001
Число случаев истощения запаса воздуха в СИЗОД при нахождении в непригодной для дыхания среде	1,2 ± 1,2	0,0 ± 0,0	0,001
	0,3 ± 0,7	0,0 ± 0,0	0,001

В таблице 44 представлены результаты значимых различий психологических последствий тушения пожаров различного ранга сложности.

Таблица 44 – Психологические последствия ликвидации пожаров различного ранга сложности у сотрудников ФПС МЧС России

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	экстремальная	контрольная	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
2-я (пессимистичность)	54,9 ± 9,4	49,5 ± 4,7	0,01
3-я (эмоциональная лабильность)	56,4 ± 8,0	50,0 ± 3,7	0,01
6-я ригидность	55,3 ± 8,0	50,9 ± 2,8	0,01
ОТС, шкала, балл			
Ag (агравация)	63,8 ± 9,4	53,9 ± 7,7	0,01
Di (диссимуляции)	47,5 ± 10,9	25,7 ± 7,8	0,001
A (психотравмирующее событие)	65,4 ± 10,7	46,5 ± 5,0	0,01
B («вторжения»)	53,3 ± 4,9	32,5 ± 3,8	0,001
C («избегания»)	64,6 ± 9,6	50,2 ± 13,2	0,01
D («гиперактивации»)	36,0 ± 4,3	28,3 ± 3,2	0,03
F (дистресс)	66,8 ± 7,3	43,9 ± 8,8	0,001
ПТСР	64,7 ± 3,4	37,9 ± 2,8	0,001
depress	44,9 ± 8,1	34,0 ± 2,9	0,01
b (диссоциация)	49,6 ± 11,6	40,0 ± 5,2	0,01
c («вторжения»)	53,0 ± 7,1	37,3 ± 11,3	0,001
d («избегания»)	44,4 ± 5,8	35,0 ± 3,7	0,01
e («гиперактивации»)	39,0 ± 8,1	34,0 ± 11,5	0,02
f (дистресс)	67,3 ± 9,2	49,3 ± 10,4	0,001
ОСР	53,3 ± 4,9	38,5 ± 7,7	0,01

Профили по шкалам СМИЛ обеих групп не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 45–60 Т-баллов, с умеренным подъемом по шкале коррекции (рисунок 35).

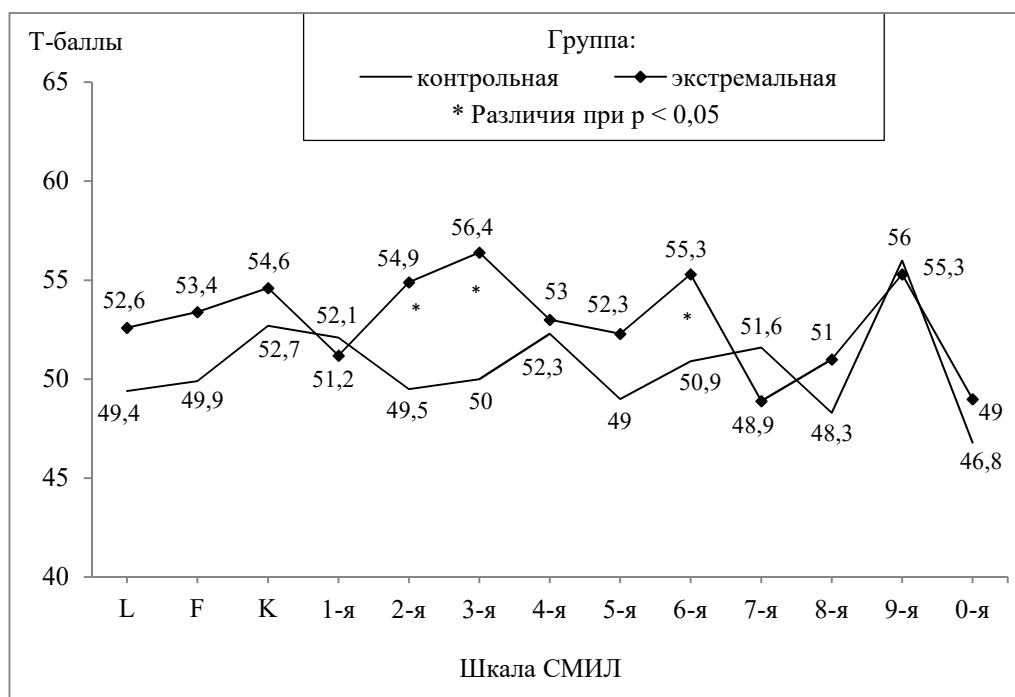


Рисунок 35 – Профили СМИЛ сотрудников ФПС МЧС России контрольной и «экстремальной» групп

Целостная оценка профиля «экстремальной» группы отражает характеристики смешанного типа реагирования (ведущие пики по 3-й, 6-й и 9-й шкалам), при котором лабильность эмоций, высокий уровень притязаний сочетаются со сдержанностью поведенческих реакций, эгоцентрические тенденции – с конформизмом, агрессивность – со стремлением импонировать окружающим. В этом случае усиливается внутреннее напряжение, поскольку перекрываются каналы как невротического, так и поведенческого типа отреагирования эмоций, а внутренний конфликт может канализироваться в психосоматический вариант дезадаптации, мишенью которого станет наиболее слабое звено какой-либо функциональной системы организма. В ситуации стресса лицам с высокой (70-75 Т-баллов) 3-й шкалой (14,8 % сотрудников 1-й группы) свойственны выраженные вегетативные реакции, разнонаправленные яркие эмоции, преобладающие над рациональностью, а в сочетании с повышенной 9-й шкалой – нецеленаправленная активность. Психологические защитные механизмы

проявляются двояко: в виде вытеснения из сознания негативной информации, либо трансформации тревоги на биологическом уровне в функциональные нарушения систем (или отдельных органов). Сочетаясь, эти механизмы создают почву для соматоформной вегетативной дисфункции и психосоматических заболеваний. При выраженной реалистичности жизненной позиции, они отличаются неустойчивостью самооценки, чаще стремятся преуспеть за счет помощи других, болезненно реагируя на свои неудачи и преувеличивая минимальные успехи. Повышенные (60-70 Т-баллов) значения 6-й шкалы характеризуют 39,3 % сотрудников ФПС МЧС как упорных, практичных, но проявляющих ригидность в ситуациях, требующих быстроты реакции и принятия решений. В качестве защитных механизмов, снимающих внутреннее напряжение, чаще всего используются: рационализация с обесцениванием фрустрированной потребности и отреагирование вовне по внешнеобвиняющему типу. При давлении обстоятельств 4,9 % лиц (6-я шкала на уровне 75-80 Т-баллов) не идут на компромисс, проявляя враждебность при противодействии окружающим, поэтому у них возможен психосоматический вариант дезадаптации в виде нарушения деятельности сердечно-сосудистой и иммунной систем.

Учитывая разнообразие психотравмирующих факторов, воздействующих на сотрудников ФПС МЧС 1-й группы (см. таблицу 43), можно предположить, что подъем профиля по шкале пессимистичности (60-69 Т-баллов) связан с постстрессовыми реакциями (16,9 % сотрудников). При интерпретации индивидуальных случаев следует учитывать, что конфигурация профиля с ведущими шкалами гипостенического регистра (70-75 Т-баллов) выявляет невротический вариант дезадаптации или декомпенсацию личности в сторону усиления тормозимых реакций (7,5 % обследованных). Гипотимический тип реагирования на психотравму чаще развивается на почве личностной predisпозиции: слабого типа высшей нервной деятельности, личностной тревожности, самокритичности, низкой самооценки. Совместный подъем 2-й и 9-й шкал, отмеченный в усредненном профиле «экстремальной» группы, означает склонность к ситуативно не детерминированным перепадам настроения.

В «контрольной» группе средние значения ОТС находятся в диапазоне 25-50 Т-баллов (см. таблицу 44), следовательно, у них отсутствует симптоматика острого и посттравматического стрессовых расстройств. Данный факт может объясняться меньшим (по интенсивности и длительности) воздействием профессиональных стресс-факторов, а также их лучшей адаптированностью или более высоким уровнем подготовки к действиям в экстремальных ситуациях.

На момент обследования профиль ОТС «экстремальной» группы не превышает нормативный разброс и находится в диапазоне 40-70 Т-баллов, с ведущими пиками по шкалам ПТСР: симптомы «вторжения» ($53,3 \pm 4,9$ Т-баллов), «избегания» ($64,6 \pm 9,6$ Т-баллов) и «дистресса» ($66,8 \pm 7,3$ Т-баллов), с низкими значениями по шкале «физиологической гиперактивации» ($36,0 \pm 4,3$ Т-баллов). Вероятно, сотрудников ФПС МЧС, принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, периодически беспокоят повторяющиеся воспоминания, мысли, сновидения, ассоциированные с травмой, сопровождающиеся не резко выраженным чувством тревоги и физиологическими реакциями. Они склонны избегать стимулов, ассоциированных с психотравмирующей ситуацией в большей степени, чем сотрудники «контрольной» группы. При этом у 39 % обследованных эти симптомы ярко выражены (на уровне 65-70 Т-баллов) и проявляются в виде стремления активно избегать разговоров, людей и деятельности, связанных с пережитым потрясением, неосознанно дистанцироваться от мыслей и чувств, чтобы уменьшить силу эмоционального реагирования. У 4-х человек (6,5 %) из числа сотрудников «экстремальной» группы имеется вероятность клинически выраженных симптомов «избегания» (на уровне 80-85 Т-баллов). Симптомы дистресса проявляются в нарушении психологической адаптации, снижении работоспособности, ухудшении качества жизнедеятельности в целом, пессимистичной оценке настоящего и будущего. У 36 % сотрудников из числа «экстремальной» группы эти симптомы особенно заметны (на уровне 65-70 Т-баллов), а у 21 % – возможны проявления на клиническом уровне (75-80 Т-баллов). Вместе с тем диагноз «частичного» ПТСР (значения на уровне 70-75 Т-баллов) вероятен у 44,3 % сотрудников ФПС МЧС,

принимавшие участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, и требует уточнения путем углубленного клинико-психологического обследования.

Множественный регрессионный анализ позволил установить, что существует 23 % ($R^2 = 0,23$; $F = 15,6$; $p = 0,0001$) вероятность того, что проявления ПТСР и симптомы «вторжения» (В) с возрастом усилятся, а депрессии (depress) – ослабнут:

$$\text{возраст} = 13,2 + 0,23(\text{В}) + 0,16(\text{ПТСР}) - 0,13(\text{depress}).$$

Симптомы «гиперактивации» ПТСР (D) ярче проявляются у сотрудников «экстремальной» группы, у которых отмечается низкая тревожность (7-я шкала СМИЛ ≤ 45 Т-баллов), но высокий уровень невротического контроля (1-я шкала ≥ 65 Т-баллов). Значимое уравнение регрессии описывает 17 % дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,17$; $F = 5,2$; $p = 0,03$) и имеет вид:

$$D = 37,7 - 0,22(\text{7-я шкала СМИЛ}) + 0,18(\text{1-я шкала СМИЛ}).$$

С вероятностью 12 % ($R^2 = 0,12$; $F = 6,5$; $p = 0,006$) можно предполагать, что симптомы «гиперактивации» ПТСР (D) более выражены у интровертированных лиц: $D = 46,4 - 0,5$ (9-я шкала СМИЛ) + 0,37 (0-я шкала СМИЛ).

В 13 % случаев ($R^2 = 0,13$; $F = 4,9$; $p = 0,003$) длительнее болеют сотрудники ФПС МЧС с ярко выраженными симптомами ПТСР – депрессии (depress) и дистресса (F), но с низким уровнем симптомов «гипервозбудимости» (D):

$$\text{длительность заболевания} = 1,17 - 0,03(D) + 0,016(\text{depress}) + 0,013(F).$$

В таблице 45 представлены результаты сравнительного анализа клинико-статистических и психофизиологических показателей сотрудников ФПС МЧС, принимавших участие в ликвидации пожаров различного ранга сложности. Сотрудники ФПС МЧС, принимавшие участие в ликвидации сложных пожаров, по сравнению с контрольной группой, болеют чаще и длительнее (в среднем, 4 раза в год по 2 недели), у них выше профессиональный травматизм и более выраженное пристрастие к никотину (10-20 сигарет/сутки выкуривают 53,7 % сотрудников, 30 сигарет/сутки – 20,4 %). Возможно этому способствуют повышенная психическая напряженность (СО = 21,1-25,3 ед. у 11,3 % лиц, СО = 25,4-32 ед. – у 9,5 %) и утомление (ВК = 0,48-0,99 ед. у 37,6 % обследованных). Состояние раздражительности, «застревание» на эмоциональном переживании, хроническая усталость, свойственные таким сотруд-

никам, являются фактором риска недостаточной надежности деятельности в ЧС. Своевременный отдых, релаксирующие процедуры могут предотвратить развитие более выраженных негативных состояний и случайного травматизма.

Таблица 45 – Результаты сравнения клинико-статистических и психофизиологических показателей контрольной и «экстремальной» групп

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	экстремальная	контрольная	
Клинико-статистические			
Частота заболеваемости, случаев/год	$3,8 \pm 1,1$	$2,0 \pm 1,0$	0,01
Длительность заболеваемости, суток/год	$14,6 \pm 1,0$	$7,3 \pm 0,5$	0,02
Степень никотиновой зависимости, сигарет/сутки	$20,3 \pm 0,7$	$15,4 \pm 0,6$	0,04
Психодиагностические			
Анкета на выявление реакций ВНС, балл, %			
Симпатическая реакция со стороны ЖКТ	$51,3 \pm 7,7$	$25,1 \pm 0,9$	0,01
Парасимпатическая реакция со стороны ЖКТ	$48,9 \pm 7,5$	$74,8 \pm 0,3$	0,01
Симптомы вегетативной дисфункции	$7,0 \pm 4,4$	$3,7 \pm 3,1$	0,01
Тест М. Люшера, балл			
Вегетативный коэффициент (ВК)	$0,6 \pm 0,5$	$1,0 \pm 0,4$	0,01
Суммарное отклонение (СО)	$21,6 \pm 1,7$	$10,3 \pm 0,7$	0,001

Описанное психологическое состояние также подтверждается данными вегетативного статуса. У сотрудников ФПС МЧС «экстремальной» группы выявлено преобладание (у 55 % сотрудников) симпатической реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в отличие от контрольной группы, где более выражены парасимпатические реакции ЖКТ. Симптомы вегетативной дисфункции не достигают уровня клинически выраженных расстройств, но чаще отмечаются у сотрудников ФПС МЧС, участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности (у 18,6 % обследованных). Причем в 24 % случаев ($R^2 = 0,24$; $F = 31,98$; $p = 0,0001$) они ярче выражены у лиц с высокой (≥ 55 Т-баллов) 5-й шкалой в профиле СМЛЛ: симптомы вегетативной дисфункции = $-7,7 + 0,37(5\text{-я шкала СМЛЛ})$.

Выявленные различия свидетельствуют о вегетативных взаимоотношениях внутри пищеварительной системы, но не позволяют судить о степени выраженности вегетативных нарушений, для уточнения которых требуется дополнительное медицинское обследование. Однако можно предположить вероятное развитие заболева-

ний желудочно-кишечного тракта у сотрудников ФПС МЧС, длительно подвергающихся воздействию профессиональных стрессоров, при отсутствии своевременной медико-психологической реабилитации.

Таким образом, выполнение служебных задач в условиях тушения пожаров повышенного ранга сложности негативно влияет на психологическое и соматическое здоровье сотрудников ФПС МЧС России. К негативным последствиям участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности относятся: частая ($3,8 \pm 1,1$ случаев/год) и длительная ($14,6 \pm 1,0$ сут./год) заболеваемость, появление симптомов вегетативной дисфункции ЖКТ, случаев профессионального травматизма, усиление никотиновой зависимости, гипотимных и тормозимых черт, эмоциональной лабильности, ригидности, увеличение эмоционального напряжения, психического утомления, донозологический уровень симптомов «избегания» ПТСР (39 % сотрудников) и дистресса (36 %), вероятность клинически выраженных симптомов «избегания» (6,5 %), дистресса (21 % лиц из числа «экстремальной группы») и «частичного» ПТСР (44,3 % обследованных). Данным сотрудникам необходимо углубленное медико-психологическое обследование.

Пессимистичность, пассивность и эмоциональная лабильность у большинства (около 60 %) сотрудников МЧС компенсируются стеничными чертами: ригидностью и оптимистичностью. Это позволяет им справляться с профессиональной деятельностью в пределах сложившихся требований, однако может привести к перенапряжению адаптационных механизмов с последующей дезадаптацией (в виде вегетативной дисфункции, психосоматических заболеваний и др.). У сотрудников МЧС с длительным стажем, участвовавших в ликвидации сложных пожаров, вероятно развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта и отдельных симптомов ПТСР (которые у каждого четвертого сотрудника усиливаются с возрастом). Таким сотрудникам рекомендуется в ранние сроки после ликвидации крупномасштабных пожаров проводить разноплановые медико-психологические мероприятия: лечение соматической патологии, релаксационные процедуры (аутогенная тренировка, массаж, термовосстановительные и водные процедуры), индивидуальное консультирование и психотерапию (при наличии симптомов ПТСР).

5.3.3 Динамика психологических и соматических изменений у сотрудников МЧС России в течение 1 года после участия в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации

Гипотеза исследования: участие в ликвидации последствий ЧС (природного происхождения) является фактором, влияющим на характерологические особенности личности, психическое и соматическое состояние сотрудников МЧС. Произошедшие изменения, преимущественно, связаны с влиянием экстремальных стресс-факторов и могут носить не только негативный, адаптивный, но и позитивный характер.

Объект исследования – 112 курсантов факультета пожарной безопасности Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России (СПб УГПС МЧС России) в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС в г. Крымске (наводнение, 2012 г.) и на Дальнем Востоке (наводнение в бассейне р. Амур, 2013 г.), которые прошли четырехэтапное психологическое обследование до и после командировок в район стихийного бедствия:

1-й этап – личный состав обследовался перед откомандированием, изучались характерологические особенности и анализировали индивидуальную заболеваемость за год, предшествующий командировкам;

2-й этап – через 5 суток после 1-й командировки в зону ЧС проводилась оценка психического состояния и наличия симптомов ОСР с целью планирования объема проведения реабилитационных мероприятий;

3-й этап – через 5 суток после 2-й командировки выполнилось контрольное обследование, направленное на выявление симптомов ОСР и оценку психического состояния с целью планирования реабилитационных мероприятий;

4-й этап – спустя 1 год после повторной командировки в зону ЧС исследовались изменения структуры личности сотрудников МЧС, анализировалась индивидуальная заболеваемость за истекший год.

В обеих ЧС личный состав обследованных групп находился в однотипных условиях, а после командировки вернулся к исполнению привычных обязанностей.

Для изучения характерологических особенностей сотрудников МЧС использовались: СМИЛ Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [82]; ОТС И.О. Котенева [164]. Проводился анализ общей заболеваемости (по личным медицинским книжкам курсантов в медицинской службе СПбУ ГПС МЧС России): частота и длительность нетрудоспособности сотрудника в течение 1 года до и после участия в ликвидации последствий ЧС.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS Statistics 17.0. Для оценки достоверности различий зависимых выборок применялся Т-критерий Вилкоксона (Wilcoxon) и t-критерий Стьюдента. Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения и гомогенностью дисперсий признаков. Учитывались статистически значимые различия с уровнем не ниже 95 % ($p \leq 0,05$), а также тенденции к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$). Классификация обследованных на три, не связанные между собой, группы произведена путем иерархической кластеризации по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний [249].

В таблице 46 представлены результаты сравнительного анализа психического состояния сотрудников МЧС после возвращения из 1-й и 2-й командировок в зону ликвидации последствий ЧС.

Таблица 46 – Динамика психического состояния сотрудников МЧС через 5 дней после возвращения из зоны ЧС

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группе обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	после 1-й командировки	после 2-й командировки	
Тест М. Люшера, цвет, балл			
Красный (3)	4,5 ± 1,9	4,1 ± 2,0	0,0001
Желтый (4)	5,2 ± 1,7	4,9 ± 2,0	0,006
Коричневый (6)	2,0 ± 1,6	2,3 ± 2,0	0,04
Серый (0)	1,8 ± 1,5	2,4 ± 1,9	0,002
Суммарное отклонение (СО)	12,8 ± 5,7	14,6 ± 6,5	0,0001
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,1 ± 0,4	1,0 ± 0,4	0,03

На рисунке 36 изображены цветовые предпочтения сотрудников МЧС (относительно порядка аутогенной нормы) после возвращения из 1-й и 2-й командировок в зону ЧС.

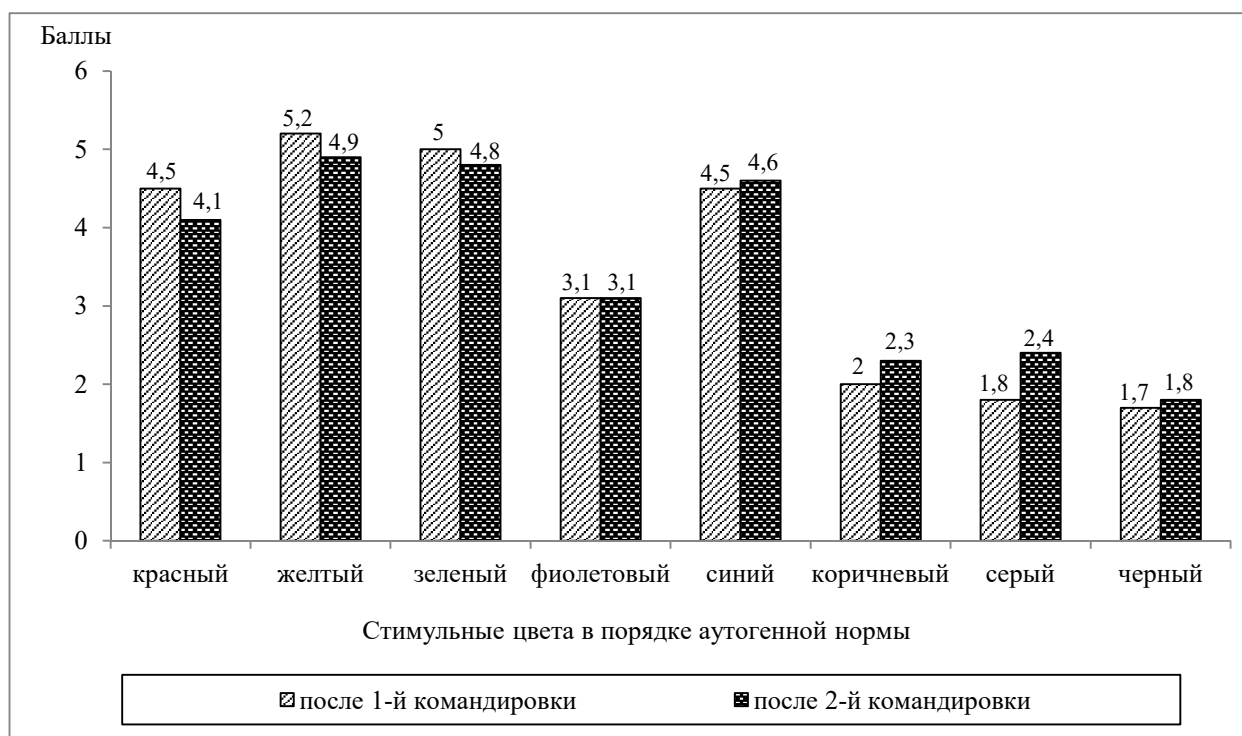


Рисунок 36 – Цветовые предпочтения сотрудников МЧС после 1-й и 2-й командировок в зону ликвидации последствий ЧС

Исходя из психологического смысла цветовых выборов (желтый и зеленый в начале ряда, черный, серый в конце) сотрудников МЧС отличает непосредственность, оптимистичность, настойчивость, способность сосредотачиваться на главной задаче и успешно действовать в экстремальных условиях. Однако усредненная последовательность цветового ряда обследованной группы после возвращения из 1-й (4, 2, 3, 1, 5, 6, 0, 7) и 2-й командировок (4, 2, 1, 3, 5, 0, 6, 7) не совпадет с аутогенной нормой. После 1-го участия в ликвидации ЧС 4,4 % сотрудников предпочитали серый цвет, а после 2-го – 12 %, что свидетельствует о нарастании у этих лиц эмоционального истощения, безразличия, стремления отстраниться от происходящего, избегая конфликтных и стрессовых ситуаций. После 2-й командировки коричневый цвет значительно приблизился к началу ряда: в 1-м случае ему симпатизировало 2 % обследованных, а во 2-м – 11 %. Предпочтение коричневого символизирует тревожное состояние, самоограничение в отдыхе и ощущение

ние физического дискомфорта. После 1-й командировки желтый цвет отвергали 2,7 % обследованных, а после 2-й он не нравился 7,3 % сотрудников. Неприятие желтого характерно для состояния настороженности, скованности, неудовлетворенности на фоне безрадостного, требующего волевых усилий, подчинения должностным обязанностям. После повторного воздействия экстремальной ситуации на 8 % (с 11,6 % до 19,6 %) возросло число лиц, не способных эффективно действовать в стрессовой ситуации, в связи с выраженной усталостью и энергетической истощенностью (красный цвет в конце ряда).

В целом, у сотрудников МЧС после 1-й и 2-й командировок (см. таблицу 46) установлен средний уровень непродуктивной напряженности (СО в диапазоне 12,5-20 ед.) на фоне оптимальной мобилизованности и активности (ВК=1,0-1,5 ед.). Однако после повторного участия в ликвидации последствий ЧС достоверные отличия показателей обусловлены увеличением числа лиц с негативным психическим состоянием (СО на уровне 20-25 ед.): повышенная возбудимость и тревожность наблюдалась у 11 % обследованных после однократного участия в ликвидации последствий ЧС, у 13,8 % – после повторного. Выраженная нервно-психическая напряженность (СО = 26-32 ед.) на фоне переутомления и психофизиологического истощения (ВК = 0,2-0,47 ед.) обнаружена у 1,8 % сотрудников после 1-й и у 9,2 % – после 2-й командировки. Умеренная потребность в отдыхе и восстановлении сил (ВК = 0,48-0,99 ед.) установлена у 23 % и 38 % в 1-м и 2-м случае соответственно.

Высокие значения ВК (на уровне 1,51-3,0 ед.), свидетельствующие о доминировании симпатического отдела вегетативной нервной системы, выявлены у 5,5 % сотрудников после 1-й и у 10,1 % – после 2-й командировки. Гипервозбудимость, нетерпеливость, избыточное напряжение делает поведение таких лиц нецеленаправленным и ненадежным в экстремальных ситуациях.

В таблице 47 представлены результаты сравнительного анализа симптомов ОСР у сотрудников МЧС после 1-й и 2-й командировок в зону ликвидации последствий ЧС.

Таблица 47 – Сравнение выраженности симптомов ОСР у сотрудников МЧС через 5 дней после возвращения из 1-й и 2-й командировок в зону ЧС

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группе обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	после 1-й командировки	после 2-й командировки	
ОТС, шкала, Т-балл			
Ag (агравация)	45,1 ± 6,7	47,8 ± 8,3	0,0001
A (психотравмирующее событие)	52,7 ± 7,0	57,1 ± 8,2	0,0001
b (симптомы диссоциации)	45,5 ± 8,9	51,3 ± 10,3	0,0001
c (симптомы «вторжения»)	41,2 ± 7,4	46,6 ± 8,5	0,0001
d (симптомы «избегания»)	45,3 ± 8,8	50,7 ± 9,8	0,0001
e (симптомы «гиперактивация»)	39,9 ± 8,0	45,2 ± 10,5	0,0001
f (дистресс)	44,7 ± 8,4	50,5 ± 10,5	0,0001
Острое стрессовое расстройство (ОСР)	42,2 ± 8,2	48,8 ± 9,7	0,0001

На рисунок 37 изображены профили ОТС сотрудников МЧС после возвращения из 1-й и 2-й командировок в район ликвидации последствий ЧС.

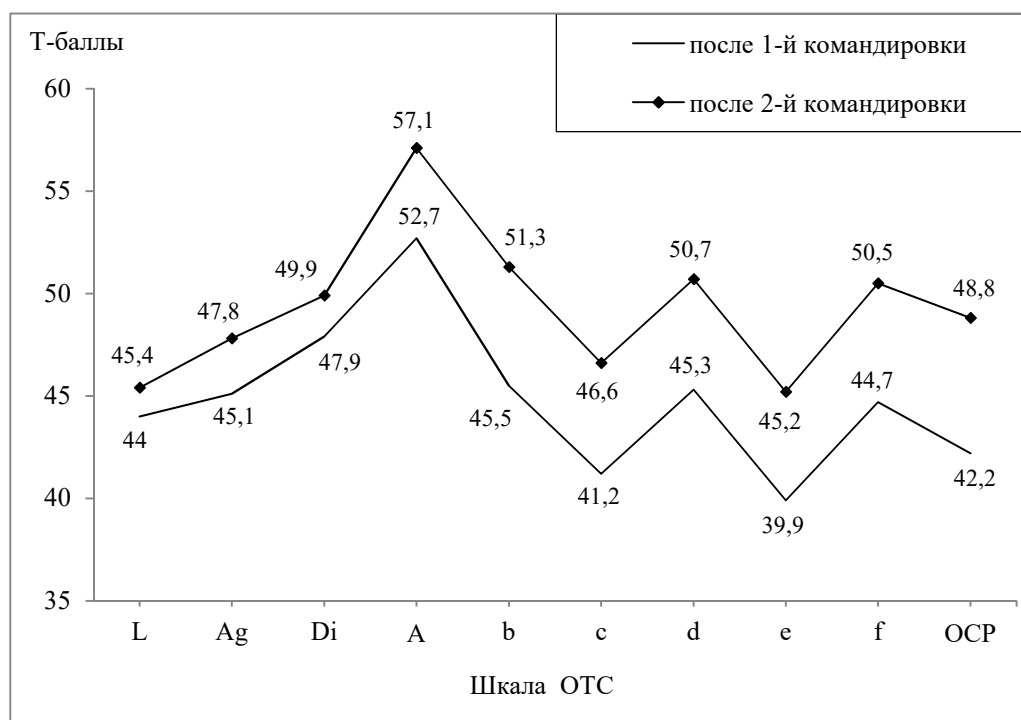


Рисунок 37 – Профили ОТС сотрудников МЧС после возвращения из 1-й и 2-й командировок в район ликвидации последствий ЧС

Групповые профили ОТС в обоих случаях не превышают нормативный разброс и находятся в диапазоне 40-60 Т-баллов, с ведущими пиками по шкалам «психотравмирующее событие», симптомы «диссоциации», «избегания» и дистресса. В среднем, через 5 дней после 1-й и 2-й командировок у сотрудников МЧС

отсутствовала симптоматика острого стрессового расстройства, несмотря на то, что групповые показатели достоверно различались. После однократного участия в ликвидации последствий ЧС ярко выраженные (на уровне 65-75 Т-баллов) симптомы дистресса имели 6,4 % лиц, симптомы «избегания» – 5,5 %, диссоциации – 4,6 %, «вторжения» – 2,8 %, физиологической гиперактивации – 1,8 %, при этом свой опыт как психотравмирующий оценивали 7,3 % обследованных. Незначительный уровень симптомов (50-64 Т-баллов) установлен по шкале диссоциации у 27,5 % сотрудников, «вторжения» – у 10,1 %, «избегания» – у 43,1 %, «гиперактивации» – у 15,6 % и симптомов дистресса – у 30,3 %.

После повторной командировки в район стихийного бедствия высокие значения (65-85 Т-баллов) симптомов «избегания» отмечались на момент обследования у 15,6 % лиц, симптомов диссоциации и дистресса – у 13,8 %, физиологической гипервозбудимости – у 4,6 %, «вторжения» – у 3,7 % обследованных. При этом 24,8 % сотрудников считали, что участие в ликвидации последствий ЧС является психотравмирующим событием. В сравнении с последствиями 1-й командировки, значимо возросло число лиц с отдельными симптомами ОСР, выраженными незначительно (на уровне 50-64 Т-баллов): диссоциативные симптомы выявлялись у 51,4 % сотрудников, симптомы «вторжения» – у 36,7 %, «избегания» – у 56 %, «гиперактивации» – у 32,1 %, дистресса – у 40,4 % обследованных. При повторном обследовании в 2 раза возросло число лиц, стремящихся подчеркнуть тяжесть своего состояния и привлечь внимание к своим проблемам (шкала аггравации на уровне 60-75 Т-баллов): с 4,6 % до 10,1 %.

Кластерный анализ позволил выделить три группы сотрудников МЧС, различающихся по психическому состоянию и выраженности постстрессовых симптомов (рисунок 38).

Первую группу составили 53 сотрудника МЧС (48,6 %), которые характеризовались незначительным уровнем нервно-психической напряженности ($CO = 8,6 \pm 3,0$), оптимальной физиологической мобилизованностью ($BK = 1,1 \pm 0,3$) и отсутствием симптомов ОСР ($41,7 \pm 6,2$ Т-баллов).

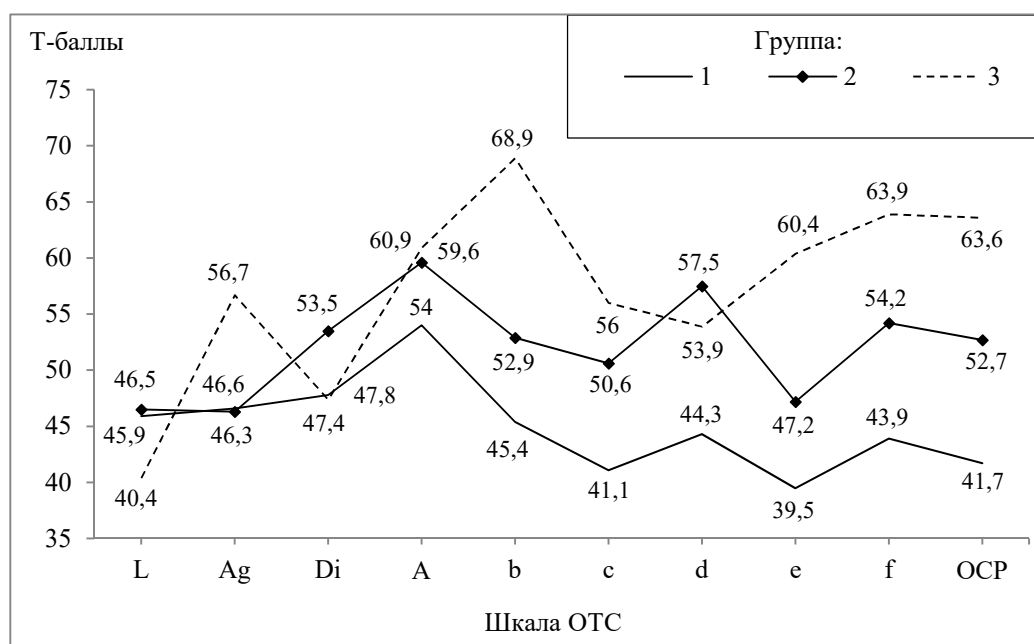


Рисунок 38 – Профили ОТС сотрудников МЧС (3 кластера)

после возвращения из 2-й командировки в район стихийного бедствия

Вторая группа включала 42 обследованных (38,5 %), психическое состояние которых соответствовало среднему уровню напряжения ($CO = 17,0 \pm 2,3$), требовало оптимизации расходования сил ($BK = 0,9 \pm 0,4$), симптомы ОСР были выражены незначительно ($52,7 \pm 5,5$ Т-баллов) с ведущим пиком по шкале d («избегания») – $57,5 \pm 8,3$ Т-баллов) и дистресса ($54,2 \pm 9,0$ Т-баллов).

В третью группу вошли 14 сотрудников (12,9 %) с выраженным уровнем непродуктивной напряженности ($CO = 26,3 \pm 2,7$), утомления и потребностью в отдыхе ($BK = 0,9 \pm 0,5$), с симптомами ОСР ($63,6 \pm 5,7$ Т-баллов), физиологической гипервозбудимости ($60,4 \pm 8,7$ Т-баллов), дистресса ($63,9 \pm 9,6$ Т-баллов) донозологического уровня и яркой диссоциативной симптоматикой ($68,9 \pm 5,7$ Т-баллов).

Значимые изменения показателей общей заболеваемости через год после двукратного участия в ликвидации последствий ЧС представлены в таблице 48. После двукратного участия в ликвидации последствий ЧС достоверно увеличилась частота и длительность заболеваемости сотрудников МЧС. До командировки в течение года были здоровы 20,9 % лиц, 1-2 раза/год заболевали 38,2 %, 3-4 раза/год – 30 %, 5-6 раз/год – 10,9 % курсантов, при этом 36,3 % сотрудников находились на

больничном листе суммарно 3-14 сут./год, 31,1 % – 15-30 сут./год и 11,7 % – 31-67 сут./год (из них 3,6 % болели 60-67 сут./год).

Таблица 48 – Динамика соматической заболеваемости у сотрудников МЧС через 1 год после участия в ликвидации последствий ЧС

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группе обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до командировок	через 1 год после 2-х командировок	
Частота заболеваемости, случаев/год	2,2 ± 1,7	2,6 ± 1,7	0,016
Длительность заболеваемости, суток/год	14,8 ± 14,3	18,6 ± 18,8	0,047

После двух командировок 3-4 раза/год были нетрудоспособны 37,3 % курсантов, 5-9 раз/год – 11,8 %, у 33,5 % обследованных общая длительность нетрудоспособности составила 3-14 сут./год, 37,8 % – 15-30 сут./год и 16 % – более 1 месяца (из них 1,8 % были нетрудоспособны на протяжении 110-140 суток/год.). Однако после двукратного участия в ликвидации последствий ЧС, у части сотрудников МЧС показатели заболеваемости остались на уровне, зафиксированном до командировки, что указывает на их успешную адаптацию к экстремальной деятельности: в течение 1 года не болели 12,7 % обследованных, прежняя частота заболеваемости (1-2 раза/год) сохранилась у 38,2 %, исходная длительность заболеваемости (3-14 сут./год) наблюдалась у 33,5 % лиц.

Кластерный анализ позволил выделить среди обследованных три группы, различающиеся по соматическим последствиям участия в ликвидации последствий ЧС. Первую группу составили 72 сотрудника МЧС (66,7 %), которые характеризовались минимальной частотой ($1,8 \pm 1,3$ случаев/год) и длительностью заболеваемости ($9,7 \pm 6,6$ сут./год). Вторая группа включала 29 обследованных (26,8 %), длительность заболеваемости которых составила $27,8 \pm 4,4$ сут./год, частота – $4,1 \pm 1,3$ случаев/год. В третью группу вошли 7 сотрудников МЧС (6,5 %) с частотой заболеваемости $4,7 \pm 1,7$ случаев/год и длительностью – $42,0 \pm 4,4$ сут./год.

Динамика изменений особенностей личности через 1 год после двукратного участия в ликвидации последствий ЧС представлены в таблица 49.

Таблица 49 – Динамика изменений особенностей личности сотрудников МЧС через 1 год после повторной командировки в район ликвидации последствий ЧС

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группе обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до командировок	через 1 год после 2-х командировок	
СМИЛ, шкала, Т-балл			
F (достоверность)	55,7 ± 9,7	51,4 ± 10,5	0,003
1-я (невротический контроль)	48,9 ± 5,9	51,1 ± 7,0	0,006
2-я (пессимистичность)	43,8 ± 7,7	45,6 ± 8,7	0,07*
3-я (эмоциональная лабильность)	48,9 ± 7,0	52,4 ± 7,3	0,0001
5-я (мужественность-женственность)	45,2 ± 8,3	42,7 ± 9,2	0,02
7-я (тревожность)	51,2 ± 7,4	53,1 ± 7,0	0,04
9-я (оптимистичность)	64,5 ± 8,1	60,8 ± 8,7	0,001

* Тенденция к различию ($0,05 \leq p \leq 0,08$)

Профили СМИЛ сотрудников МЧС в обеих группах (рисунок 39) не превышают нормативный разброс (40-65 Т-баллов), отражают стенический тип реагирования (ведущие 9-я и 4-я шкалы) и защитную реакцию обследуемых (подъем шкалы коррекции до 60 Т-баллов).

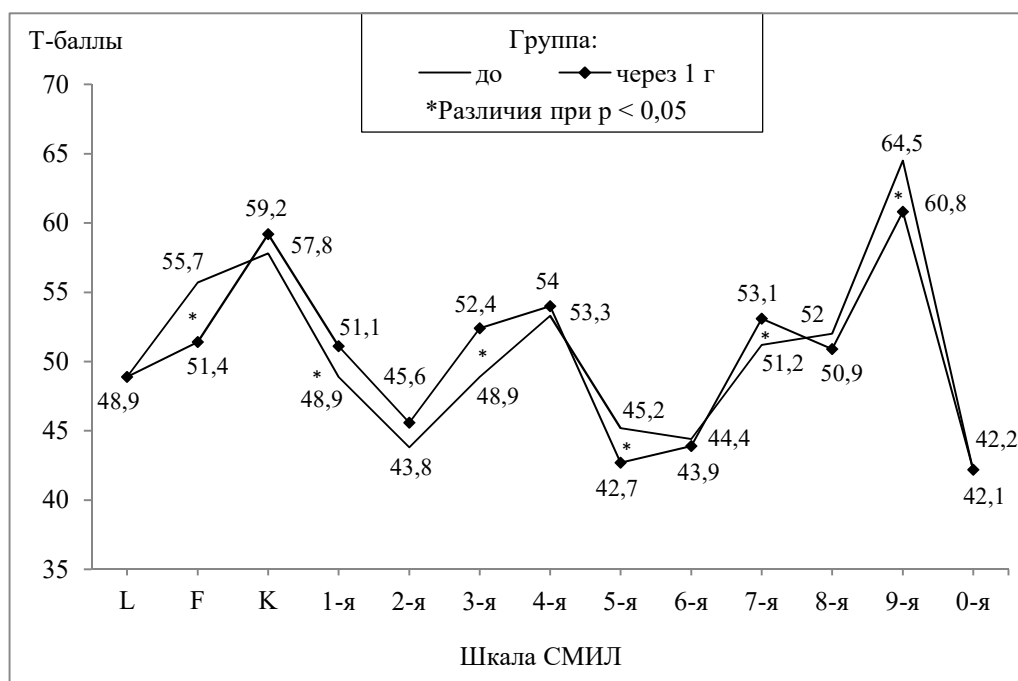


Рисунок 39 – Профили СМИЛ сотрудников МЧС до и через 1 год после повторной командировки в район ликвидации последствий ЧС

После повторной командировки снизилось число лиц с высокими значениями шкалы F (65-75 Т-баллов): перед откомандированием их было 18,9 %, а после осталось 8,5 %, что указывает на увеличение откровенности, самокритичности и снижение потребности скрывать дефекты своего характера. Значимое увеличение средних значений по шкале невротического контроля и тенденции к увеличению пессимистичности, вероятно, связано с эмоциональной напряженностью и ситуативной гипотимической реакцией в рамках адаптационного синдрома. Повышение 1-й шкалы (60-75 Т-баллов) обнаружено до командировки в 3,8 % случаев, а после – в 16 %, число лиц со значениями 2-й шкалы на уровне 60-70 Т-баллов возросло с 4,7 % до 5,7 %. Вероятно, у данных сотрудников признаки невротизации и психогенно спровоцированное угнетенное состояние развилось на фоне сенситивно-тревожного типа личности, гипотимной акцентуации или является одним из симптомов посттравматического стрессового расстройства. Сочетанный подъем 1-й и 3-й шкал (у 4,7 % лиц) свидетельствует о наличии таких свойств, как эмоциональная лабильность и демонстративность.

После командировок в 2 раза возросло число сотрудников, имеющих диапазон 3-й шкалы на уровне 60-75 Т-баллов: до командировки их насчитывалось 9,4 %, а после – 18,9 %. В угрожающих для жизни условиях усилилась неустойчивость эмоций и выраженность вегетативных реакций. В групповом профиле сниженная 2-я при повышенных 1-й и 3-й шкалах («конверсионная пятерка» в пределах нормативного разброса), отражает невротический вариант стрессового реагирования и риск перехода эмоциональной напряженности, вытесненной тревоги в функциональные соматические расстройства, связанные с предшествующей психотравмирующей ситуацией. Данное предположение подтверждается динамикой заболеваемости сотрудников МЧС, отражающей, в среднем, в 1,2 раза возрастающую частоту и в 1,3 раза увеличивающуюся длительность временной утраты трудоспособности, по сравнению с уровнем, предшествующим участию в ликвидации последствий ЧС (см. таблицу 48). Сочетание высоких показателей 3-й и 4-й шкал увеличивает вероятность импульсивно-демонстративных поведенческих реакций в экстремальной ситуации.

Значимый сдвиг в сторону увеличения средних значений 7-й шкалы отражает повышение осторожности, чуткости к опасности и способности к сопереживанию после участия в ликвидации последствий ЧС, а также тревоги в связи с осознанием того, что силы природы могут быть непредсказуемы. До командировки сотрудников МЧС со значениями 7-й шкалы на уровне 60–65 Т-баллов насчитывалось 13,2%, а после – 21,7 %. При этом психотравмирующая ситуация может усиливать преморбидную личностную тревожность (у 6,6 % лиц 7-я шкала 70-75 Т-баллов). Сочетанное повышение 4-й и 7-й шкал в постэкспедиционном профиле, отражает смешанный тип реагирования (импульсивно-активный и психастенический), проявления которого могут способствовать взаимной компенсации одних черт другими, либо перейти в невротическую или психосоматическую симптоматику.

В групповом профиле 9-я шкала является ведущей и отражает присущую сотрудникам МЧС оптимистичность, моторную и речевую активность и преобладающий защитный механизм отрицания негативной информации. Однако после нахождения в ситуации ЧС значимое снижение средних показателей по шкале оптимистичности произошло за счет увеличения числа лиц с низкими значениями 9-й шкалы (40-50 Т-баллов): до командировки их было 1,9 %, а после – 15,1 %. В сочетании с подъемом по 1-й и 7-й шкалам, снижение 9-й свидетельствует об астенизации таких лиц длительным стрессом, выявляет гипотимную окраску настроения, тревожность и пассивность. В групповом профиле противоречивое сочетание повышенных 9-й и 4-й, с 3-й и 7-й шкалами выявляет гиперкомпенсаторную заинтересованность в постстрессовом периоде разных защитных механизмов с целью совладания с последствиями психотравмы.

Положительным последствием участия в ликвидации ЧС можно считать двукратное увеличение (с 19,8 % до 38,7 %) количества сотрудников с низкими значениями (25-40 Т-баллов) 5-й шкалы, что указывает на возрастание мужественности и решительности после воздействия экстремальной обстановки.

Кластерный анализ позволил выделить три группы обследованных, различающихся по психологическим последствиям участия в ликвидации последствий ЧС (рисунок 40).

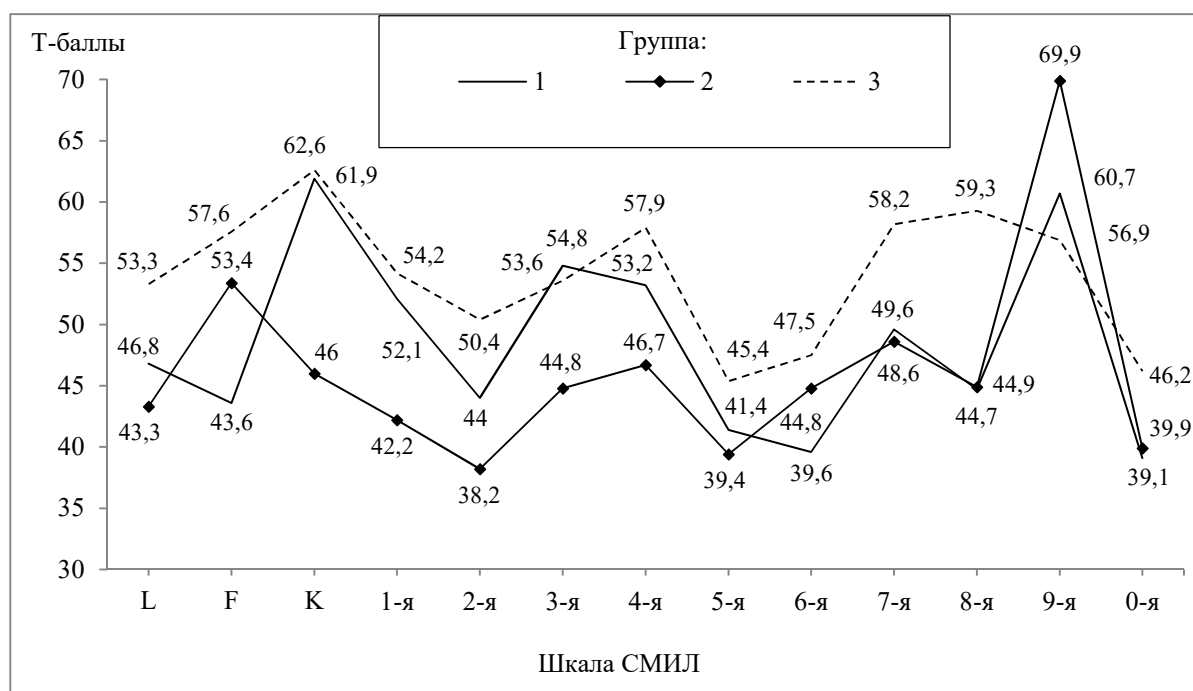


Рисунок 40 – Профили СМИЛ сотрудников МЧС (3 кластера) через 1 год после повторной командировки в район ликвидации последствий ЧС

Первая группа включала 38,7 % сотрудников МЧС (41 человек), у которых профиль СМИЛ отличался ведущими пиками по 9-й ($60,7 \pm 7,7$ Т-баллов), 3-й ($54,8 \pm 6,1$ Т-баллов) и 4-й ($53,2 \pm 6,7$ Т-баллов) шкалам (код по Уэлшу: 9-341/7825:60#K-LF:). Таким лицам свойственны смешанный тип реагирования, гипертимные черты с признаками эмоциональной неустойчивости и импульсивности, стремление скрыть дефекты своего характера и агрессивные тенденции. Однако они способны подчиняться приказам, а в случае необходимости – командовать, а защитный механизм отрицания проблем и оптимистический настрой позволяет справляться с тяготами служебной деятельности в пределах сложившихся требований.

Второй кластер составили 20 обследованных (18,7 %), у которых групповой профиль СМИЛ (9-748361:052#F/KL:) с ведущей 9-й шкалой ($69,9 \pm 7,4$ Т-баллов) отражает стенический тип реагирования и свидетельствует о наличии таких качеств, как общительность, оптимизм, активность, решительность, склонность к риску, беспечность, приверженность мужским стереотипам поведения и упорное отстаивание собственной завышенной самооценки.

В третью группу вошли 45 сотрудников (42,6 %), личностный профиль которых включал подъем по 8-й ($59,3 \pm 6,4$ Т-баллов), 7-й ($58,2 \pm 5,5$ Т-баллов) и 4-й ($57,9 \pm 6,5$ Т-баллов) шкалам, а также сниженный (по сравнению с другими кластерами) уровень оптимистичности ($56,9 \pm 7,2$ Т-баллов). Профиль СМИЛ 8749132/605:К-FL/ выявляет индивидуалистичность, избирательность в контактах, субъективизм, тревожность, нетерпеливость, сниженную продуктивность деятельности. В условиях длительного эмоционального перенапряжения вероятна актуализация защитных механизмов интеллектуальной трансформации тревоги (8-я шкала), ограничительного поведения (7-я) и вытеснения (4-я шкала), при этом возможны ошибки в прогнозировании и оценке ситуации.

Таким образом, участие в ликвидации последствий ЧС является фактором, существенно влияющим на соматическое здоровье и психическое благополучие сотрудников МЧС, вследствие которого приобретаются новые и изменяются преобладающе существующие личностные особенности. Произошедшие изменения, преимущественно, связаны с влиянием экстремальных стресс-факторов, при этом носят не только негативный, неустойчиво-адаптивный, но и позитивный характер.

К негативным последствиям участия в ликвидации ЧС относятся: увеличение частоты (в 1,2 раза) и длительности (в 1,3 раза) заболеваемости, утомления, психического напряжения, тревожности, эмоциональной лабильности, невротического контроля и пессимистичности, донозологических симптомов ОСР.

42,6 % сотрудников МЧС отнесены к группе с пограничными (предпатологическими) последствиями, поскольку через 1 год после повторной командировки у них выявлены признаки астенизации, смешанный тип реагирования, при котором психастенические черты, сенситивность, личностная тревожность, потребность в конгруэнтных отношениях сочетаются с эмоциональной холодностью, эгоцентричностью, избирательностью в контактах и импульсивностью. В первую очередь нуждаются в психокоррекционных и реабилитационных мероприятиях 12,9 % лиц, так как на фоне полиморфизма характерологических особенностей, признаков невротизации и дисбаланса противоречивых личностных тенденций у них отмечается выраженный уровень непродуктивной напряженности, утомления,

частая ($4,7 \pm 1,7$ случаев/год) и длительная ($42,0 \pm 4,4$ сут./год) утрата трудоспособности, а также субкомпенсированные симптомы ОСР (диссоциации, дистресса и физиологической гипервозбудимости). Таким сотрудникам показано общеукрепляющее и восстановительное лечение соматической патологии, индивидуальная психотерапия (когнитивная, психодинамическая, телесно-ориентированная, НЛП и др.), релаксационные мероприятия и полноценный отдых.

Для 38,7 % сотрудников МЧС характерен неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений: эмоциональная лабильность, активный, импульсивно-доминантный стиль поведения, компенсирующие-защитные реакции в виде повышенной осторожности, настороженности, актуализации механизмов отрицания и вытеснения, на фоне среднего уровня нервно-психической напряженности и потребности в отдыхе, незначительно выраженных симптомов ОСР («избегания» и дистресса) донологического уровня. Адаптация личности достигается мобилизацией ресурсов и напряжением компенсаторных механизмов, но носит неустойчивый характер, так как внутренний конфликт разнонаправленных тенденций может разрешиться психосоматическим вариантом дезадаптации, что подтверждается выявлением у 26,8 % лиц частой ($4,1 \pm 1,3$ случаев/год) и длительной заболеваемости ($27,8 \pm 4,4$ сут./год). В целях профилактики нарушений адаптации таким сотрудникам целесообразно проведение психокоррекционных мероприятий, совместно с методами психофизиологической регуляции состояния и нормализации соматического статуса.

18,7 % обследованных имеют конструктивно-адаптивный (позитивный) тип последствий, проявляющийся в виде стенического эмоционально-поведенческое стрессового реагирования, решительного, и мужественного поведения, оптимальной психофизиологической мобилизованности, отсутствия симптомов ОСР и динамики соматической заболеваемости. Они активны, оптимистичны, уверены в себе, склонны к риску, однако в экстремальной ситуации могут пренебрегать опасностью, поскольку воспринимают любые трудности как легко преодолимые.

5.3.4 Психологические и соматические последствия, возникающие у специалистов профессий экстремального профиля под воздействием факторов ЧС и антропогенного и природного характера

Гипотеза исследования: существуют неспецифические (общие для любого типа ЧС) и специфические (характерные отличительные) психологические и соматические последствия, возникающие у профессионального контингента под воздействием факторов ЧС антропогенного характера (боевые действия) и ЧС природного происхождения (стихийное бедствие).

Объект исследования – мужчины:

1-я группа (численностью $n_1 = 112$) – курсанты 5 курса факультета пожарной безопасности СПб УГПС МЧС России в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, принимавшие участие в ликвидации последствий ЧС в г. Крымске Краснодарского края (наводнение, 2012 г.) и на Дальнем Востоке (наводнение в бассейне р. Амур в 2013 г.), которые прошли психологическое обследование через 1 год после повторной командировки (суммарная длительность пребывания в зоне ЧС – 45 суток);

2-я группа: ($n_2 = 40$) – сотрудники ОВД в возрасте $31,4 \pm 1,2$ лет – участники КТО на территории Чеченской Республики, обследованные через 1 год после возвращения из спецкомандировки (средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта (128 ± 9) суток).

Обоснованием сопоставления вышеназванных групп послужило частичное сходство их групповых показателей (см. параграфы 4.2.1 и 5.3.3), а также теоретическое представление, что последствия воздействия экстремальной ситуации на личность зависят от семантики психотравмы: личностного смысла событий в случае спасения людей от природной стихии или в ситуации конфронтации с противником. Для изучения личностных особенностей и психического состояния использовали: СМИЛ (Л.Н. Собчик) [328], тест М. Люшера в модификации «Попарные сравнения» [82]. Соматический статус анализировался по статистическим данным о частоте и длительности заболеваемости в течение 1 года после командировки в зону ЧС (без уточнения нозологического диагноза). Сбор информации

осуществлялся путем опроса обследуемых лиц, анализа статистических данных по личным медицинским книжкам, листам временной нетрудоспособности, хранящимся в медицинской службе и отделе кадров подразделений. Математический анализ проводили с помощью статистического пакета «SPSS Statistics ver. 19.0».

На первом этапе исследования (см. параграф 4.2.1) была проанализирована динамика личностных изменений, психического состояния и заболеваемости 40 сотрудников ОВД, лонгитюдно обследованных перед откомандированием в зону КТО и через 1 год после участия в боевых действиях. Достоверность различий зависимых выборок оценивалась по T-критерию Вилкоксона. У комбатантов установлено увеличение в 2 раза частоты ($p=0,001$) и в 3 раза длительности заболеваемости ($p=0,0001$), усиление психической напряженности ($p=0,0001$), утомления ($p=0,0001$), проявлений черт импульсивности ($p=0,0001$), ригидности ($p=0,0001$), тревожности ($p=0,0001$), индивидуалистичности ($p=0,0001$), пессимистичности ($p=0,001$), невротического сверхконтроля ($p=0,03$) и социальной интроверсии ($p=0,03$).

На втором этапе исследования (см. параграф 5.3.3) проанализирована динамика соматических и психологических изменений 112 сотрудников МЧС, обследованных до и через 1 год после участия в ликвидации последствий стихийных бедствий. Для оценки достоверности различий зависимых выборок применялся T-критерий Вилкоксона (Wilcoxon) и t-критерий Стьюдента. В результате у сотрудников МЧС выявлено увеличение в 1,2 раза частоты ($p=0,016$) и в 1,3 раза длительности заболеваемости ($p=0,047$), психической напряженности ($p=0,0001$), утомления ($p=0,03$), черт невротического сверхконтроля ($p=0,006$), эмоциональной лабильности ($p=0,0001$), тревожности ($p=0,04$) и тенденции к пессимистичности ($p=0,07$), а также возрастание мужественности ($p=0,02$) и снижение оптимистичности ($p=0,001$).

На третьем этапе исследования для оценки достоверности различий независимых выборок применялся U-критерий Манна-Уитни и t-критерий Стьюдента, с уровнем значимости ($p \leq 0,05$). Выбор критерия определялся типом измерительных шкал, нормальностью распределения (критерий Колмогорова-Смирнова) и гомогенностью дисперсий признаков (критерий Ливеня).

В таблица 50 представлены результаты значимых отличий психологических и соматических особенностей сравниваемых групп.

Таблица 50 – Результаты сравнения психологических и соматических особенностей сотрудников МЧС и комбатантов ОВД через 1 год после воздействия экстремальных факторов ЧС

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	сотрудники МЧС	комбатанты ОВД	
Клинико-статистические			
Возраст, лет	22,6 ± 0,4	31,4 ± 1,2	0,0001
Частота заболеваемости, случаев/год	2,6 ± 1,7	1,6 ± 1,1	0,001
Психодиагностические			
СМИЛ, шкала, Т-баллы			
2-я (пессимистичность)	45,6 ± 8,7	49,7 ± 9,6	0,02
4-я (импульсивность)	53,9 ± 7,8	56,8 ± 7,6	0,048
6-я (ригидность)	43,9 ± 8,3	48,6 ± 8,5	0,004
7-я (тревожность)	53,1 ± 7,0	50,1 ± 5,9	0,01
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	14,6 ± 6,5	19,9 ± 6,2	0,0001
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,0 ± 0,4	0,6 ± 0,3	0,0001

У сотрудников МЧС, по сравнению с комбатантами, достоверно выше средняя частота заболеваемости: 1-2 раза/год были нетрудоспособны 38,2 % лиц, 3-4 раза/год – 37,3 %, более 5 раз/год – 11,8 % обследованных. После участия в боевых действиях 1-2 раза в год заболевали 71 % сотрудников ОВД и 3-4 раза в год – 13,2 % лиц. Достоверных различий в средней длительности заболеваемости выявлено не было (сотрудники МЧС – 18,6 ± 18,8 сут./год, комбатанты – 20,3 ± 21,9 сут./год). В 1-й группе также больше лиц с успешной адаптацией к экстремальной деятельности, не затрагивающей соматический уровень: в течение года после ликвидации последствий стихийных бедствий, не болели 12,7 % сотрудников МЧС, а после участия в КТО – 5,3 % сотрудников ОВД. Прежней (зафиксированной до командировки) заболеваемость осталась у 12,5 % комбатантов и у 38,2 % сотрудников МЧС.

После воздействия факторов антропогенной ЧС психическое состояние комбатантов значимо отличается от сотрудников МЧС в худшую сторону повышенным уровнем непродуктивной напряженности и потребностью в отдыхе. У 61 % сотруд-

ников ОВД выявлена высокая нервно-психическая напряженность (у 48 % лиц $CO=20-25$ ед., у 13 % – $CO=26-32$ ед.), проявляющаяся раздражительностью и дистимией. У 68 % комбатантов обнаружены признаки психофизиологического истощения ($BK = 0,2-0,47$ ед.). После участия в ликвидации последствий стихийных бедствий у сотрудников МЧС установлен средний уровень психической напряженности на фоне оптимальной мобилизованности и продуктивной активности, однако 37,6 % из них нуждаются в отдыхе ($BK=0,48-0,99$ ед.), у 13,8 % обследованных наблюдаются повышенная возбудимость, тревожность, сниженная активность ($CO=20-25$ ед.), у 9,2 % – выраженная нервно-психическая напряженность ($CO=26-32$ ед.) на фоне переутомления ($BK=0,2-0,47$ ед.). Избыточное возбуждение, импульсивность и нецеленаправленная активность ($BK=1,51-3,0$ ед.) выявлены у 10 % сотрудников МЧС и у 2,6 % комбатантов.

Усредненные профили СМИЛ обеих групп (рисунок 41) находятся в нормативном диапазоне (40-65 Т-баллов), отражают стенический тип реагирования (ведущие 9-я и 4-я шкалы) и защитную реакцию обследуемых на психодиагностическую ситуацию (шкала коррекции около 60 Т-баллов).

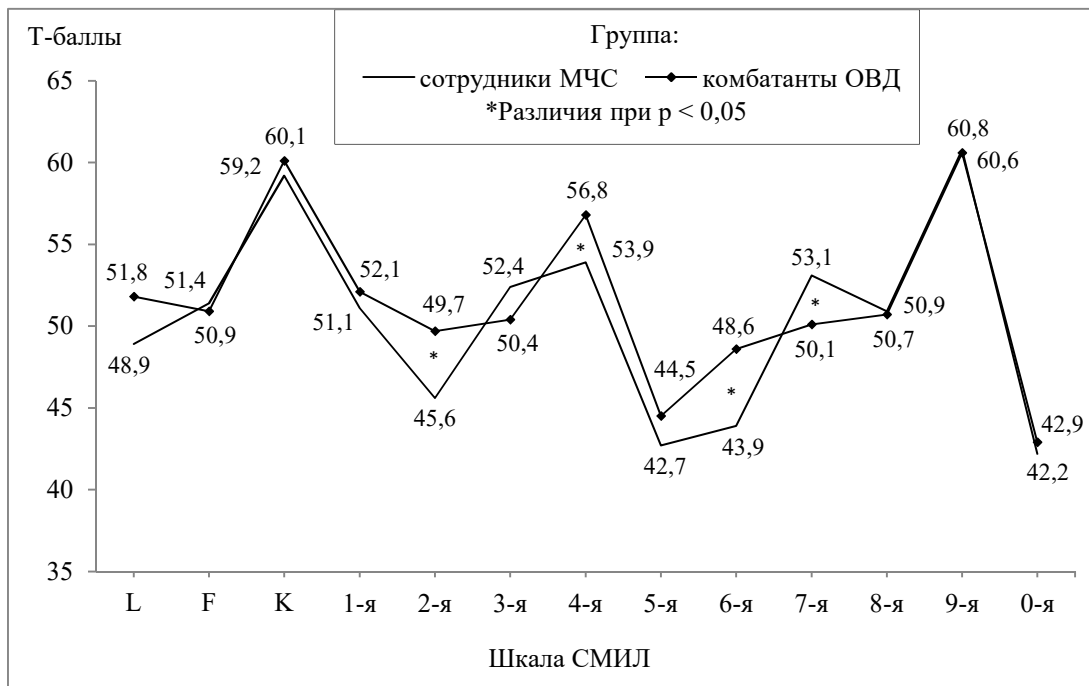


Рисунок 41 – Профили СМИЛ комбатантов ОВД и сотрудников МЧС через 1 год после воздействия экстремальных факторов ЧС

Групповые профили сотрудников МЧС (код по Уэлшу: 9-47318/2650:KF/L) и комбатантов ОВД (код по Уэлшу: 9-41837/2650:K-LF/) свидетельствуют о наличии общих черт: оптимистичности, активности, позитивной самооценки, импульсивности, склонности к риску, доминантности, независимости и приверженности мужским стереотипам поведения. При наличии служебного опыта и психологической подготовки у них вероятно конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: способность к энергичным, смелым и решительным действиям в условиях ЧС, а гипертимные черты способствуют успешному преодолению психотравмирующих ситуаций. В обеих группах наблюдается гипотимическая реакция на дистресс в рамках адаптационного синдрома (см. параграфы 4.2.1 и 5.3.3). Однако через год после воздействия факторов антропогенной ЧС сдвиг по шкале пессимистичности значимо выше у комбатантов (см. таблицу 50). Вероятно, в условиях боевых действий внутренний конфликт моральных установок с необходимостью убивать, служебного долга с желанием выжить приводит к более выраженному угнетенному состоянию. В этом состоит отличие от природных ЧС, где одним из ресурсов преодоления психотравмы является моральная убежденность в социальной значимости выполняемой работы по спасению жертв и оказания помощи пострадавшим. Изолированный подъем 2-й шкалы до 60-70 Т-баллов, наблюдающийся после участия в КТО в 20 % случаев, а после природной ЧС – в 5,7 %, указывает на обратимые признаки невротизации у гармонично адаптированных личностей, склонных к компенсации за счет контроля сознания. Возможно также, что ситуационно спровоцированные депрессивные проявления развились у них на почве личностной предрасположенности (гипотимной акцентуации, склонности к выраженной глубине переживаний, самокритичности и др.). Однако у одного комбатанта 2-я шкала достигла 80 Т-баллов с сопутствующим повышением 7-й, что отражает состояние дезадаптации конституционально тревожной личности, ситуационно спровоцированную депрессию или, возможно, является одним из симптомов ПТСР. Одновременный подъем 2-й и 9-й шкал, имеющий место у 5,2 % сотрудников ОВД и 1,8 % сотрудников МЧС, указывает на циклотимию. Сочетанное повышение 1-й и 2-й шкал (до 65-70 Т-баллов), выявленное у 7,5 % комбатантов и 4,7 % сотрудников МЧС, насторажи-

вает предрасположенностью к психосоматическому варианту дезадаптации на фоне сенситивно-тревожных личностных черт. В групповом профиле сотрудников МЧС пониженная 2-я ($45,6 \pm 8,7$) в сочетании с умеренным повышением 1-й ($51,1 \pm 7,0$) и 3-й шкал ($52,4 \pm 7,3$) свидетельствует о преобладающем механизме вытеснения тревоги.

После воздействия психотравмирующих факторов антропогенной ЧС средние показатели по шкале импульсивности значимо выше во 2-й группе: значения 4-й шкалы на уровне 55–65 Т-баллов выявлены у 67,5 % комбатантов и у 49 % сотрудников МЧС. В экстремальной обстановке они деятельны, отважны, независимы, способны нестандартно мыслить, а быстрая реакция и хорошая интуиция способствуют выживанию и эффективным действиям в угрожающих жизни условиях. Высокие значения 4-й шкалы (≥ 70 Т-баллов), установленные у 13,1 % сотрудников ОВД и 4,7 % сотрудников МЧС, отражают выраженную импульсивность на фоне затрудненного самоконтроля. Гипервозбудимость может привести к социальной дезадаптации, в случае возникновения гневных вспышек и агрессивных оборонительных реакций в конфликтных ситуациях. При сочетании повышенных 4-й и 2-й шкал (наблюдается у 10,5 % комбатантов и 4,7 % сотрудников МЧС) характеристики последней ослабляют неконформность и импульсивность за счет волевого контроля, однако сдерживание отрицательных эмоций может привести к развитию психосоматических заболеваний. Два равновысоких пика 2-й и 4-й шкал (выявленные у 2,6 % сотрудников ОВД) отражают неврастенический вариант дезадаптации, при котором динамичность процессов возбуждения (4-я шкала) сочетается с истощаемостью нервных процессов (2-я). Такая предрасположенность является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и зависимости от психоактивных веществ в случае неблагоприятной социальной и семейной обстановки.

У комбатантов, по сравнению с сотрудниками МЧС, значимо выше средние показатели шкалы ригидности: значения на уровне 50-55 Т-баллов обнаружены в 42,5 % и 16 % случаев соответственно. После участия в КТО подъем 6-й шкалы до 60-70 Т-баллов наблюдался в 18,4 % случаев, а после ликвидации последствий природной ЧС – в 2,8 %. Участники боевых действий отличаются прямолинейно-

стью, упорством, непреклонностью, рациональностью, практичностью, способностью противостоять внешнему давлению, однако инертность нервных процессов в ситуации авторитарно-императивного давления снижает их стрессоустойчивость. Сочетание повышенной 6-й шкалы (≥ 70 Т-баллов) с высокой 4-й (10,5 % комбатантов и 3,8 % сотрудников МЧС) является фактором риска дезадаптации по агрессивно-эксплозивному типу, степень компенсации которой определяется значениями гипостенических шкал (2-й, 7-й и 0-й).

В обеих группах наблюдается динамичный сдвиг в сторону повышения тревожности (см. параграфы 3.2.1 и 4.3.3), однако у сотрудников МЧС, по сравнению с комбатантами, средние значения 7-й шкалы достоверно выше: показатели на уровне 60-70 Т-баллов установлены в 25,5 % и 10 % случаев соответственно. Под влиянием экстремальных факторов ЧС закономерно усиливаются чуткость к опасности, осторожность, неуверенность в стабильности ситуации. При этом актуализируются защитные механизмы трансформации тревоги: ограничительного поведения (7-я шкала) у сотрудников МЧС, вытеснения (4-я) и рационализации (6-я) – у комбатантов, отрицания (9-я шкала), невротического самоконтроля (1-я) и соматизации тревоги (3-я) – у обследованных обеих групп. У 2 % сотрудников МЧС показатели 7-й шкалы на уровне 72-75 Т-баллов указывают на возможную невротизацию (в виде нарушений сна, тревожных опасений, навязчивых страхов и др.), либо являются одним из симптомов ПТСР. Сочетанное повышение 7-й и 4-й шкал, более ярко выраженное в усредненном профиле сотрудников МЧС (см. рисунок 36), отражает смешанный тип реагирования, при котором разнонаправленные тенденции компенсируют друг друга, однако внутренний конфликт противоречивых личностных черт может канализироваться по неврастеническому или психосоматическому варианту дезадаптации.

Таким образом, под влиянием факторов ЧС антропогенного и природного характера у специалистов профессий экстремального профиля возникают неспецифические (общие, однотипные) и специфические (характерные) психологические и соматические последствия.

Неспецифическим последствием для антропогенного и природного типов ЧС является ухудшение соматического статуса: увеличение частоты и длительности заболеваемости. После участия в боевых действиях частота утраты трудоспособности сотрудников ОВД возрастает в 2 раза, длительность – в 3 раза. После участия в ликвидации последствий наводнения частота заболеваемости сотрудников МЧС увеличивается в 1,2 раза, длительность – в 1,3 раза. Вероятно, факторы ЧС антропогенного характера более интенсивно влияют на здоровье профессионального контингента. Сотрудники МЧС в течение года после участия в ликвидации последствий стихийного бедствия, в среднем, утрачивают трудоспособность в 1,6 раза чаще, чем комбатанты. Однако среди них в 3 раза больше лиц, у которых не отмечается динамики заболеваемости, и в 2,4 раза больше сотрудников, у которых адаптация к экстремальной деятельности не затронула соматический уровень. Возможно, что меньшая средняя частота заболеваемости сотрудников ОВД связана с их большей опытностью и лучшей подготовленностью к деятельности в условиях КТО, тогда как природные факторы ЧС (ветер, низкая температура воздуха и воды) оказали более выраженное влияние на здоровье курсантов СПб УГПС МЧС России, впервые принимавших участие в ликвидации последствий стихийного бедствия. Выявленные соматические изменения требуют дальнейшего уточнения и углубленного изучения.

Неспецифическим последствием ЧС является ухудшение психического состояния. После воздействия факторов антропогенной ЧС у профессионального контингента наблюдается более высокий уровень непродуктивной напряженности, утомления и потребности в отдыхе.

К неспецифическим последствиям ЧС у профессионального контингента относятся личностные изменения в сторону усиления проявлений невротического контроля, пессимистичности и тревожности. Антропогенный характер ЧС вызывает более выраженную гипотимическую реакцию на дистресс в рамках адаптационного синдрома, вероятно, вследствие когнитивной переоценки травматического опыта (угрозы жизни в ситуации противостояния с противником). Экстремальные факторы ЧС природного происхождения усиливают тревожность, неуве-

ренность в стабильности ситуации у сотрудников МЧС в большей степени, чем у комбатантов, возможно, в связи с их меньшим профессиональным опытом, а также семантикой психотравмы (удар стихии не всегда удастся вовремя предсказать и предотвратить).

Специфическими последствиями влияния экстремальных факторов ЧС антропогенного характера являются личностные изменения комбатантов в сторону увеличения импульсивности, ригидности, индивидуалистичности и социальной интроверсии. В постреактивный период возможна дезадаптация по агрессивно-эксплозивному, психосоматическому или неврастеническому варианту, степень компенсации которой будет определяться сбалансированностью гипо- и гиперстенических личностных паттернов, мобилизацией ресурсов и эффективностью защитных механизмов личности.

Специфическими последствиями воздействия природных факторов чрезвычайной ситуации являются усиление эмоциональной лабильности, уменьшение оптимистичности и возрастание мужественности у сотрудников МЧС России. В постстрессовом периоде имеется риск перехода эмоциональной напряженности и вытесненной тревоги в невротический вариант дезадаптации и функциональные соматические расстройства.

При планировании профилактических и реабилитационных мероприятий необходимо учитывать вид ЧС, характер и степень выраженности неспецифических и специфических последствий у профессионального контингента. Медико-психологические коррекционные и восстановительные процедуры должны быть направлены на лечение соматических нарушений, снижение уровня тревоги, депрессивных и невротических проявлений, агрессии, ригидных убеждений, обучение техникам релаксации и саморегуляции, а также на аффективную и когнитивную переоценку травматического опыта, с целью обретения контроля над эмоциональными реакциями.

5.4 Типы психологических и соматических последствий, возникающие у сотрудников ФПС МЧС России в процессе профессиональной деятельности

Гипотеза исследования: в процессе профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России формируются различные типы психологических последствий (адаптационного и дезадаптационного уровней), которые могут отражать различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

Объект исследования составили сотрудники ФПС МЧС России ($n = 222$) в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, участвовавшие в ликвидации ЧС и пожаров различного ранга сложности, средний стаж службы в МЧС ($7,9 \pm 4,9$) лет.

Для изучения психологических последствий пожарно-спасательной деятельности использовались: Л.Н. Собчик [328]; тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370]; опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [164]. Поскольку с момента первого участия в ликвидации пожаров у всех сотрудников МЧС прошло более 3-х месяцев, ограничились анализом только субшкал ОТС и итоговых показателей ПТСР. С целью изучения соматического статуса анализировались характеристики заболеваемости (без уточнения нозологического диагноза): число случаев заболевания и длительность нетрудоспособности сотрудников в течение календарного года.

Математический анализ проводился с помощью статистического пакета «SPSS Statistics 19.0». Классификация обследованных на три, не связанные между собой, группы произведена путем иерархической кластеризации по методу объединения Варда с использованием квадратов евклидовых расстояний. Количество выделенных кластеров определялось по критерию «значимого скачка коэффициента слияния», стабильность групп проверялась монотонными преобразованиями [249]. Кластерный анализ позволил выделить три группы сотрудников МЧС, различающихся по типам эмоционально-поведенческого стрессового реагирования, личностным изменениям, сдвигам в психическом состоянии и соматическом здоровье (таблица 51).

Таблица 51 – Типы психологических и соматических последствий профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России

Показатели, условные обозначения	Типы последствий и значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	неустойчиво- адаптивные	негативные (пограничные)
Клинико-статистические			
Возраст, лет	30,7 ± 7,1	31,3 ± 6,4	29,2 ± 5,0
Служебный стаж, лет	7,8 ± 4,9	8,1 ± 5,7	8,0 ± 4,0
Частота заболеваемости, случаев/год	1,2 ± 1,0	1,5 ± 0,9	1,7 ± 1,4
Длительность заболеваемости, сут./год	12,1 ± 11,9	15,1 ± 10,0	16,7 ± 23,4
Психодиагностические			
Тест М. Люшера, ед.			
Суммарное отклонение (СО)	4,1 ± 1,6	12,5 ± 2,6	22,9 ± 4,0
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,1 ± 0,6	1,1 ± 0,5	0,9 ± 0,6
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	46,7 ± 6,6	50,5 ± 8,1	54,4 ± 7,5
F (достоверность)	50,0 ± 5,4	53,8 ± 6,0	59,4 ± 9,8
K (коррекция)	53,0 ± 4,0	59,8 ± 8,0	55,2 ± 4,6
1-я (сверхконтроль)	48,7 ± 5,7	53,1 ± 4,9	58,9 ± 6,8
2-я (пессимистичность)	48,0 ± 5,7	53,6 ± 5,8	61,5 ± 6,6
3-я (эмоциональная лабильность)	50,2 ± 5,2	53,5 ± 4,6	60,8 ± 6,4
4-я (импульсивность)	50,3 ± 5,2	59,3 ± 6,2	60,7 ± 5,3
5-я (мужественность – женственность)	48,6 ± 5,4	52,5 ± 6,0	59,5 ± 7,2
6-я (ригидность)	50,6 ± 5,7	51,0 ± 7,2	61,2 ± 5,4
7-я (тревожность)	47,5 ± 6,0	54,8 ± 6,2	61,7 ± 6,0
8-я (индивидуалистичность)	46,3 ± 6,2	56,7 ± 5,8	65,9 ± 8,7
9-я (оптимистичность)	56,1 ± 7,3	61,5 ± 5,8	61,0 ± 7,2
0-я (интроверсия)	46,0 ± 4,8	46,4 ± 5,8	54,8 ± 4,7
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	42,5 ± 14,3	47,2 ± 13,0	50,8 ± 13,4
Ag (агравация)	53,3 ± 10,4	57,4 ± 11,5	59,9 ± 10,5
Di (диссимуляция)	42,3 ± 16,1	47,5 ± 12,2	48,3 ± 12,7
A (психотравма)	53,9 ± 11,1	49,2 ± 10,5	56,7 ± 12,4
B («вторжения»)	44,7 ± 11,4	46,4 ± 9,7	52,0 ± 6,8
C («избегания»)	36,1 ± 11,2	41,7 ± 12,2	41,4 ± 11,6
D («гиперактивации»)	36,4 ± 9,9	43,4 ± 10,3	41,3 ± 9,7
F (дистресс)	51,8 ± 14,8	52,2 ± 13,1	60,9 ± 11,4
ПТСР	49,7 ± 12,7	53,0 ± 12,7	60,2 ± 10,5
depress (депрессия)	44,3 ± 9,7	44,9 ± 9,7	49,7 ± 10,0

На рисунке 42 представлены три кластера профилей личности по СМИЛ у сотрудников ФПС МЧС России.

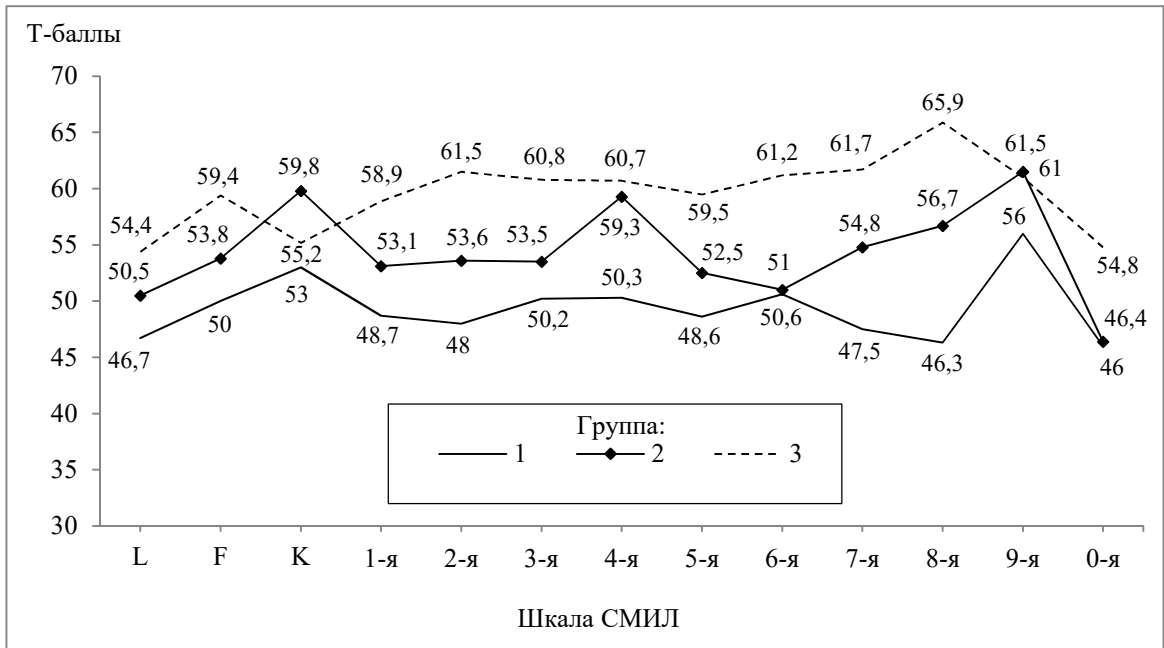


Рисунок 42 – Профили СМИЛ сотрудников ФПС МЧС России (3 кластера)

На рисунке 43 изображены три группы профилей по методике ОТС у сотрудников ФПС МЧС России.

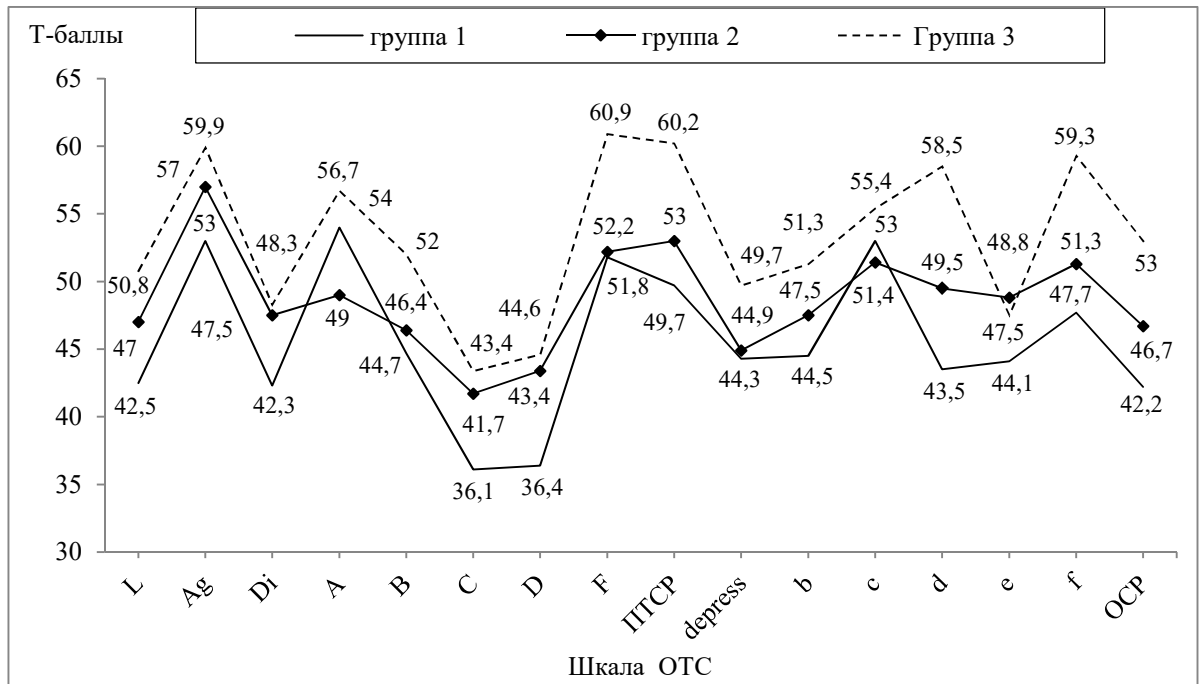


Рисунок 43 – Профили ОТС сотрудников ФПС МЧС России (3 кластера)

Первую группу (конструктивно-адаптивный тип последствий) составили 123 (55,4 %) сотрудника ФПС МЧС России в возрасте $30,7 \pm 7,1$ лет. Их отличает стенический тип реагирования (код профиля СМИЛ по Уэлшу: 9643/152780:KF/L), активность, оптимистический настрой, общительность, позитивная самооценка, высокая мотивация достижения, мужественность, стремление к независимости, упорство в достижении цели, настойчивость при противодействии влиянию среды, способность трезво оценивать ситуацию, практичность. У данных лиц отсутствует нервно-психическая напряженность ($CO = 4,1 \pm 1,6$ ед.), а эффективной деятельности (при наличии соответствующей мотивации) способствует умеренное возбуждение и оптимальная психофизиологическая мобилизованность ($BK = 1,1 \pm 0,6$ ед.). В экстремальной ситуации (при наличии профессионального опыта, физической и психологической подготовки) у них вероятно адекватное, рациональное восприятие действительности, высокая скорость ориентировки и принятия решений, целесообразность и успешность действий. Гипертимные черты, защитные механизмы отрицания негативных переживаний (9-я шкала СМИЛ) и рационализации тревоги (6-я шкала) позволяют выдерживать эмоциональные нагрузки, преодолевать стрессогенные факторы профессиональной деятельности без существенных последствий для соматического (низкие показатели заболеваемости) и психического здоровья (отсутствие ПТСР). Сотрудники МЧС 1-й группы осознают наличие психотравмирующих ситуаций в своем жизненном опыте, но симптомы дистресса у них выражены незначительно (см. таблицу 51, рисунок 43). В целом, такие лица относятся к активно-конструктивному типу стрессового реагирования (по Л.А.Китаеву-Смыку, 2012), не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют 1-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; по В.Я. Семке, 1999).

Вторая группа (неустойчиво-адаптивный тип последствий) включает 64 сотрудника ФПС МЧС (28,8 %), средний возраст которых составляет $(31,3 \pm 6,4)$ года. Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу): 9-48723156/0:KFL/ (см. рисунок 42) свидетельствует о стеническом типе реагирования. Беспечность, непереносимость монотонии, нетерпеливость, склонность к риску, стремление избегать формальных рамок и временных ограничений, вспышки гнева в личностно-значимых ситуациях,

конфликтность (ведущие 9-я, 4-я шкалы и усиливающая их 8-я) могут затруднить трудовую адаптацию таких лиц, поскольку их энергичность зависит от субъективных взглядов, личного отношения к ситуации и мотивации к деятельности. В экстремальной обстановке они способны проявлять смелость и решительность, однако при этом вероятно импульсивная гиперактивность, которая может привести к ошибочным действиям и усугубить опасность для жизни. У данных лиц выявлен средний уровень психического напряжения ($CO = 12,5 \pm 2,6$ ед.) и умеренного симпатического возбуждения ($BK = 1,1 \pm 0,5$ ед.), свидетельствующего о мобилизации ресурсов организма. Такие сотрудники способны работать в привычных условиях, преодолевая усталость волевым усилием, однако при отсутствии полноценного отдыха становится вероятным длительное снижение работоспособности. Трудности совладания с тревогой (умеренное повышение 7-й шкалы), компенсируются защитными механизмами отрицания (9-я шкала), вытеснения (4-я), интеллектуальной переработки и избегания (8-я), которые помогают преодолению перманентных стрессоров служебной деятельности и повседневной жизни, однако в экстремальных обстоятельствах, способствуют ошибкам в оценке, прогнозировании ситуации и планировании деятельности. Сотрудники 2-й группы (см. рисунок 38) отрицают наличие в своей жизни психотравмирующего опыта (шкала А ОТС = $49,2 \pm 10,5$ Т-баллов), при этом имеются незначительно выраженные симптомы ПТСР ($53,0 \pm 12,7$ Т-балла) и дистресса ($52,2 \pm 13,1$ Т-балла).

В целом, адаптация сотрудников МЧС, причисленных к группе неустойчиво-адаптивного типа последствий, достигается сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов, однако преобладание гиперстенических свойств над гипостеническими создает почву для повышения напряженности компенсаторных механизмов и, в неблагоприятных обстоятельствах, может привести к дезадаптации. Более высокий, по сравнению с 1-м кластером, уровень симптомов ПТСР, частоты и длительности заболеваемости, отдельные признаки личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести данных лиц ко 2-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; по В.Я. Семке, 1999).

В третью группу с пограничными (предпатологическими) последствиями вошли 15,8 % сотрудников МЧС (35 человек) в возрасте ($29,2 \pm 5,0$) лет, у которых выявлен психастенический профиль с выраженными чертами индивидуалистичности (код по Уэлшу: 8726934-510/FKL/). Для них характерен субъективизм, избирательность в контактах, дистанцированность от окружающих, независимость взглядов, своеобразие поступков, склонность к рассуждательству, долгому обдумыванию проблем, их преувеличению с «застреванием» на негативных эмоциях. У данных лиц вероятны трудности межличностного общения, так как мотивы их эмоционального реагирования не всегда понятны окружающим: к одним явлениям они проявляют повышенную чувствительность, к другим – равнодушную холодность. Групповой профиль отражает внутреннюю напряженность, неудовлетворенность, отгороженность, тревожность, пессимизм (ведущие 8-я, 7-я, 2-я шкалы). Им не хватает твердости для реализации типично мужской позиции (5-я шкала на уровне $59,5 \pm 7,2$ Т-баллов), умения менять стиль поведения в зависимости от внешних обстоятельств (6-я шкала $61,3 \pm 5,4$ Т-баллов). С одной стороны, у таких лиц существует выраженная потребность в гармоничных, бесконфликтных отношениях, с другой – стремление к независимости, личной свободе, отсутствию ограничений и сохранению своей индивидуальности. В условиях регламентированной служебной деятельности противоречивые личностные тенденции могут привести к внутри- и межличностным конфликтам, а также затруднить трудовую адаптацию (при недостаточной терпимости коллег и руководителей). Преобладающими защитными механизмами являются: интеллектуальная переработка тревоги с уходом в мир субъективно значимых интересов (8-я шкала), отказ от реализации намерений (2-я) и ограничительное поведение (7-я), сужающее диапазон активности и направленное на избегание трудностей. Сочетание индивидуализма с гипостеническими проявлениями (пассивностью, тревожностью, сенситивностью, пессимистичностью) и ригидными чертами способствует перенапряжению компенсаторных механизмов и развитию признаков невротизации. Вероятно, также, что у части сотрудников подъем 2-й и 7-й шкал в профиле СМИЛ отражает ситуативную гипотимическую реакцию на фоне сенситивно-тревожных личностных черт. При психической травматизации или хроническом

эмоциональном перенапряжения у таких лиц вероятны невротические проявления, депрессивные реакции с навязчивыми мыслями, действиями, страхами и т.п. Гипостенический вариант шизоидной акцентуации предполагается в случае выявления отдельных профилей с показателями 8-й, 7-й и 2-й шкал СМИЛ $\geq 70-79$ Т-баллов, с сопутствующим повышением 0-й шкалы ≥ 60 Т-баллов. У сотрудников МЧС, отнесенных к группе предпатологических последствий, установлено повышенное психическое напряжение ($CO = 2,9 \pm 4,0$ ед.), утомление и потребность в отдыхе ($BK = 0,9 \pm 0,6$ ед.), которые свидетельствуют об астенизации длительным стрессом. При этом выявляется доклинический уровень (см. таблицу 51, рисунок 43) отдельных симптомов ПТСР ($60,2 \pm 10,5$ Т-балла): «вторжения» ($52,0 \pm 6,8$ Т-балла) и дистресса ($60,9 \pm 11,4$ Т-балла). В экстремальной ситуации для них вероятно пассивное реагирование и неконструктивное поведение: запаздывание с ориентировкой и принятием решений, низкая эффективность действий, тревожность и неуверенность. Более частая ($1,7 \pm 1,4$ случаев/год), по сравнению с другими кластерами, и длительная ($16,7 \pm 23,4$ сут./год) заболеваемость свидетельствует о перенапряжении биологических адаптационных механизмов и вероятных функциональных нарушениях вследствие соматизации тревоги. Наличие психического напряжения и перманентно сохраняющихся донозологических симптомов ПТСР, сенситивно-индивидуалистический тип реагирования с психастеническими чертами, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, не совершенная социальная адаптация, позволили предположить пограничный диапазон личностных изменений данных лиц, соответствующий 3-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; по В.Я. Семке, 1999).

Таким образом, в процессе профессиональной пожарно-спасательной деятельности возможны различные типы психологических последствий – конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные и пограничные (донозологические).

55,4 % из числа обследованных сотрудников ФПС МЧС России (возраст $30,7 \pm 7,1$ лет) отличаются стеническими чертами характера и активно-конструктивным стрессовым реагированием: в опасных для жизни и здоровья условиях быстро сосредотачиваются, адекватно оценивают ситуацию, решительно и эффективно действуют. Они оптимистичны, мужественны, рациональны, практичны,

целестремлены, способны противостоять внешнему давлению. Их адаптационные ресурсы оптимально мобилизованы и расходуются лишь в необходимом для успешной деятельности объеме. Вследствие этого отсутствует психическая напряженность, неадекватные эмоциональные реакции, посттравматические расстройства и соматические нарушения. Вероятно, трансформация первичной стрессовой активности с умеренным симпатическим возбуждением в конструктивное стрессовое реагирование явилось результатом успешной профессиональной адаптации наиболее подготовленных сотрудников МЧС.

У 28,8 % сотрудников ФПС МЧС (возраст $31,3 \pm 6,4$ года) выявлен неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений с преобладанием возбудимых черт. Для них характерны оптимизм, эмоционально-поведенческая гиперактивность, импульсивность, экспрессивность, склонность к риску и агрессивным реакциям, недостаточный волевой самоконтроль, индивидуалистичность, средний уровень психического напряжения на фоне минимально выраженного дистресса и донозологических симптомов ПТСР. В целом, адаптация достигается уравниванием гипер- и гипостенических личностных свойств, мобилизацией ресурсов организма и напряжением защитных механизмов личности. Однако в условиях длительно действующих профессиональных стресс-факторов имеется риск дезадаптации в виде вспыльчивости, конфликтности, своеволия поступков, поспешности и ошибочности действий, неподчинения или несвоевременного выполнения приказов вследствие стремления избегать формальных ограничений. Для оптимальной профессиональной эффективности необходима терпимость со стороны руководства и сослуживцев, желательно избегать высказываний, задевающих самолюбие, при наличии профессионального опыта – предоставлять возможность самостоятельного выбора решений, вовлекать в деятельность, требующую двигательной и речевой активности. В целях профилактики дезадаптации таким лицам показаны разноплановые релаксационные мероприятия, активный отдых, психологическое консультирование, психокоррекция возбудимых личностных черт, в случае необходимости – психотерапия симптомов ПТСР (гештальт, телесно-ориентированная, психодинамическая и др.), своевременное лечение соматических заболеваний.

У 15,8 % сотрудников ФПС МЧС (возраст $29,2 \pm 5,0$ лет), причисленных к группе пограничных последствий, установлен гипостенический тип реагирования на фоне выраженной индивидуалистичности, повышенный уровень психической напряженности, утомления и заболеваемости. Характерологические особенности отличаются противоречивостью и полиморфизмом: субъективизм, эмоциональная сдержанность, социальная обособленность, избирательность в контактах, стремление к независимости сочетаются с аффилиативной потребностью, психастеническими чертами и инертностью. В экстремальной обстановке высока вероятность пассивного стрессового реагирования с тревожно-депрессивными и фобическими переживаниями. Напряженность защитных механизмов на фоне субкомпенсированных симптомов ПТСР и дистресса истощают адаптационные ресурсы, увеличивая риск невротического варианта дезадаптации или декомпенсации личности в сторону усиления сенситивно-индивидуалистических и тормозимых реакций.

Для повышения профессиональной эффективности данным лицам показан здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения, возможность самореализации, избегания стрессовых ситуаций и обстоятельств, задевающих самолюбие. С целью предупреждения психофизического перенапряжения и дезадаптации необходимы: соматические лечебные, восстановительные и релаксационные процедуры, психокоррекция настроения и дезактуализация тревожных опасений (преодоление закрытости с учетом своеобразия внутреннего мира, повышение самооценки, признание лучших качеств), индивидуальная психотерапия (НЛП, телесно-ориентированная, гештальт и др.), обучение методам психической саморегуляции.

Для иллюстрации выводов приведем примеры, содержащие биографические данные, цитаты из беседы и результаты обследования сотрудников ФПС МЧС с разным типом последствий пожарно-спасательной деятельности.

Владимир М., 30 лет, образование средне-специальное. Стаж службы в МЧС России – 7 лет, должность – пожарный. Женат, 1 ребенок. Взаимоотношения в семье оценивает как «хорошие». Регулярно, 2-3 раза в неделю, занимается спортом («рукопашный бой»), ЧМТ отрицает. Не курит, алкоголь употребляет редко («вино по праздникам»). Частота заболеваемости – 1 случай/год, длитель-

ность заболеваемости – 7 суток. Жалоб на самочувствие не предъявляет. В беседе сообщает, что несколько раз участвовал в ликвидации сложных пожаров, при этом подвергался воздействию «открытого пламени на опасном расстоянии», «был взрыв и обрушение горящих конструкций». Испытывал страх при мыслях о том, что может «не успеть спасти своего товарища или ребенка», «услышать обвинения в трусости или непрофессионализме». По данным психологического обследования выявлена оптимальная психофизиологическая мобилизованность, отсутствие психической напряженности (цветовой ряд – 43251067; СО=5; ВК= 1,0) и симптомов ПТСР («вторжения»– 42 Т-балла, «избегания» и «гиперактивации» – 45 Т-баллов; дистресса – 42 Т-балла, депрессии – 38 Т-баллов; ПТСР – 42 Т-балла); стенический тип реагирования, оптимистичность, мужественность, решительность, упорство, активная личностная позиция, склонность к риску, независимость, самостоятельность (профиль СМИЛ по Уэлшу: 9-46/3218750:К/FL). В экстремальной ситуации вероятно высокая скорость ориентировки и принятия решений, целесообразность и успешность действий. Тип последствий – конструктивно-адаптивный, в психологической реабилитации не нуждается.

Юрий С., 33 года, образование среднее. Стаж службы в МЧС России – 10 лет, должность – командир отделения. Женат, двое детей. Взаимоотношения в семье оценивает как «стабильные, а конфликты случаются у всех». Частота заболеваемости – 3 случая/год, длительность заболеваемости – 24 суток/год. В беседе с психологом жалоб не предъявляет. Спортom занимается периодически («1-2 раза в месяц»), ЧМТ и употребление наркотиков отрицает. Не курит, алкоголь употребляет («3-4 раза в месяц, по выходным пиво 1,5-2 литра, по праздникам – водка, коньяк»). Рассказывает, что «более 8 раз участвовал в ликвидации сложных пожаров и 2 раза – крупных ЧС», при этом «3 раза видел ранение сослуживца, 1 раз – гибель взрослого и 5 раз – детей», подвергался воздействию «открытого пламени», «горела одежда», «получал удары электрическим током», испытывал страх за свою жизнь при «угрозе взрыва, в тесном пространстве», когда работал «на высоте», при «исчерпании запаса воздуха в непригодной для дыхания среде». Профессию пожарного выбрал из-за «удобного графика работы и возможности карьерного роста». На контакт с психологом идет неохотно («я свои проблемы привык сам решать»), однако в беседе сообщает, что больше всего боится «сгореть в пожаре», а также «не успеть спасти пострадавшего и услышать обвинения в трусости». По данным психологического обследования выявлен незначительный уровень психического напряжения, умеренное деятельное возбуждение (цветовой ряд – 23460157; СО=12; ВК=1,2); симптомы ПТСР («вторжения» – 52 Т-балла; «избегания» – 62 Т-баллов, «гиперактивации» – 58 Т-баллов; дистресса и депрессии – 50 Т-баллов; ПТСР – 55 Т-баллов); стенический тип стрессового реагирования, оптимистичность, импульсивность, склонность к риску, независимость и нонконформизм (профиль СМИЛ по Уэлшу: 94-28765/30:FK/L). В экстремальной ситуации возможна нерациональная гиперактивность, ошибки в оценке, прогнозировании и планировании деятельности. Преобладание гиперстенических свойств над гипостеническими создают предрасположенность для напряженности компенсаторных механизмов, что может приве-

сти к социальной дезадаптации (импульсивного или неконформного типа). Тип последствий – неустойчиво-адаптивный, рекомендованы релаксационные процедуры, психокоррекция (импульсивного поведения, обучение конструктивным способам разрешения конфликтов) и психотерапия отдельных симптомов ПТСР (когнитивная, клиент-центрированная, гештальт-терапия, телесно-ориентированная терапия и др.), лечение соматической патологии и воздержание от алкоголя.

Даниил В., 30 лет, образование средне-специальное. Стаж службы в МЧС России – 9 лет, должность – командир отделения. Холост, детей нет. Частота заболеваемости – 5 случаев/год, длительность заболеваемости – 30 суток/год. В беседе с психологом жалоб не предъявляет. Спортom не занимается, ЧМТ и употребление наркотиков отрицает. Курит в течение 8 лет («10-15 сигарет в сутки»), алкоголь употребляет («5-6 раз в месяц пиво – имею право расслабиться, могу выпить до 5 л, но лучше – хороший коньяк»). Рассказывает, что «5 раз участвовал в ликвидации сложных пожаров и 1 раз – в ликвидации крупномасштабных ЧС», при этом «4 раза видел гибель взрослых и 2 раза – детей», подвергался воздействию «открытого пламени», «трижды получал удары электрическим током», испытывал страх «при обрушении горящих конструкций и угрозе взрыва», при мыслях о том, что может «погибнуть или стать инвалидом», «не успеть спасти ребенка, попавшего в беду». Профессию пожарного выбрал случайно, так как было «легко устроиться», а также «из-за стабильной зарплаты». По данным психологического обследования установлено выраженное психическое напряжение и хронически накопившееся утомление (цветовой ряд – 60152734; СО=28; ВК=0,3); донозологические симптомы ПТСР («вторжения» – 64 Т-балла; «избегания» – 66 Т-баллов, «гиперактивации» – 60 Т-баллов; дистресса – 64 Т-балла; депрессии – 65 Т-баллов; ПТСР – 65 Т-баллов); гипостенический вариант шизоидной акцентуации – замкнутость, пассивность, субъективизм, эмоциональная отстраненность, тревожность, сенситивность, неуверенность, пессимизм (профиль СМИЛ по Уэлшу: 8'7250-6943/1:F/KL). В стрессовых ситуациях преобладают тормозимые реакции, растерянность, ведомое поведение, при психической травматизации вероятен невротический, психастенический или фобический вариант дезадаптации, депрессивные и ипохондрические реакции. Тип последствий – пограничный (негативный). Показано лечение соматической патологии, закаливающие и релаксационные процедуры, регулярные занятия спортом, психокоррекция сенситивно-индивидуалистических личностных черт и психотерапия субкомпенсированных симптомов ПТСР (НЛП, телесно-ориентированная, когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия и др.), воздержанное от употребления алкоголя и консультация нарколога (лечение зависимости от ПАВ).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

В профессиональной деятельности сотрудники ФПС МЧС России ($n = 83$) часто сталкиваются с опасной близостью открытого огня (56 % опрошенных), гибелью и ранением взрослых лиц (34 %), взрывом и обрушением горящих конструкций (25 %), электротравмой (17 %), испытывают страх за свою жизнь при работе на высоте (15 %) и в замкнутом пространстве (14 %). 50 % сотрудников ФПС МЧС постоянно чувствуют моральную поддержку со стороны семьи, 25 % – со стороны сослуживцев, иногда могут рассчитывать на помощь близких 28 % опрошенных, 29 % пожарных редко поддерживают семья и коллеги.

В отечественных и зарубежных исследованиях последних лет упоминаются данные о профессиональных факторах риска, воздействующие на пожарных. Например, Дутов В.И., Чурсин И.Г. (1993) приводят количественное соотношение факторов, вызывающих состояние психической напряженности у оперативных работников пожарной охраны при тушении различного вида пожаров: огонь (16,7 %), задымление (16,7 %), высота (16,7 %), обрушение (16,7 %), взрывы (16,7 %), низкая освещенность (16,7 %) [95]. По мнению А.П. Самонова (1982) наиболее характерными стресс-факторами деятельности пожарных являются: высокая температура, концентрация дыма, ядовитых газов в окружающей среде, напряженная физическая работа в условиях ограниченного пространства [312]. Л.А. Левчук, С.В. Макаркин (2003) также считают, что в служебной деятельности пожарных наиболее опасными для жизни факторами являются: пламя, задымление, недостаток кислорода, наличие токсических веществ в воздушной среде, возможность взрыва, неясность обстановки, потеря связи с сослуживцами, внезапное изменение условий пожара и паника пострадавших [193]. М.В.Вавилов (2003) выявил, что наиболее значимыми (по интенсивности и длительности воздействия на психику и эффективность деятельности специалистов) психологическими стресс-факторами являются: «гибель (ранения) детей, коллег и пострадавших», «невозможность оказать помощь», «внешний вид пострадавших», «опасность для жизни, здоровья», «ответственность», «неожиданность, внезапность», «дефицит времени» [62]. По данным Н.В. Тарабриной (2008), наибольшим «индексом стрессогенности» для пожарных и начальников караулов

обладают ситуации непосредственного столкновения с гибелью сослуживцев, невозможность спасти детей, ранения людей, получения известия о гибели, взрывы, воздействие электрического тока, ядовитых веществ, а также работа в помещении, откуда невозможно выйти [354]. Е.Н. Ашанина (2011) также в своей работе установила, что ведущими стресс-факторами профессиональной деятельности при ликвидации крупномасштабных пожаров являются: «невозможность спасти пострадавших», «гибель (ранения) детей, коллег, населения», «внешний вид пострадавших», «ответственность» [34]. По данным зарубежных исследователей (R.A. Bryant, A.G. Harvey, 1995, 1996 [421, 422]; W. Corneil at al., 1999 [429]; C. Haslam, K. Mallon, 2003 [457]; M. Heinrichs at al., 2005 [460]), особенно психотравмирующими являются ситуации, в которых пожарные наблюдали случаи насильственной смерти (детей, младенцев и взрослых), оказывали помощь жертвам, пострадавшим от ожогов или получившим серьезные травмы в результате ДТП. При этом М. Хайнрикс с соавт. (M. Heinrichs at al., 2005), отмечает, что риск ПТСР ниже у пожарных, получающих социальную поддержку в семье и на работе [460].

Длительная (более 10 лет) служебная деятельность в условиях психофизической нагрузки приводит у сотрудников ФПС МЧС России ($n = 80$) к негативным психологическим и соматическим последствиям: частой ($1,7 \pm 1,3$ случаев/год) и длительной ($15,5 \pm 20,9$ сут./год) заболеваемости, повышенному парасимпатическому тону ЖКТ (у 78,2 % сотрудников), частому употреблению алкогольных напитков (32,4 % – 3-4 раза/месяц, 7 % – 5-6 раз/месяц), утомлению (49 %), замкнутости, пассивности (10,3 %), появлению симптомов ОСР (12,6 %) и ПТСР (22 %). При этом у некоторых сотрудников ФПС МЧС наблюдаются позитивно-адаптивные личностные изменения: эмоциональная устойчивость, конформность, низкая сенситивность (34,6 % лиц), отсутствие враждебности (91,3 %), подозрительности (89,1 %) и никотиновой зависимости (39,4 % обследованных).

Негативное влияние длительной служебной деятельности на сотрудников МЧС отмечается многими авторами. Например, И.О. Котенев (1994) установил, что сотрудники МЧС (спасатели и пожарные) с длительным стажем службы и низкой успешностью профессиональной деятельности отличаются тревожностью,

мнительностью, нерешительностью, низкой самооценкой, замкнутостью, пассивностью, самокритичностью, склонностью к тревожно-депрессивным реакциям и самообвинению [162]. В.С. Кошкаров (2015) выявил, что у сотрудников МЧС (пожарных и водителей) с увеличением стажа работы снижается степень готовности к риску, повышается уровень симптомов ПТСР (депрессии, деперсонализации) и эмоционального выгорания («эмоциональное истощение») [169]. Т.И. Шевченко (2007) также установила, что у 16,5 % пожарных со стажем более 5 лет наблюдается высокая психическая ригидность, которая в совокупности с неуверенностью и нерешительностью, способствует развитию синдрома эмоционального выгорания [390]. По данным Д.В. Марченко (2006), увеличение стажа работы прямо пропорционально уровню трудопотерь, при этом темп прироста заболеваемости составляет 84,3 % по числу случаев и 97,8 % по числу дней временной утраты трудоспособности для пожарных, ежегодно участвующих в тушении 220-260 пожаров, а также 36,2 % и 34,4 % соответственно для сотрудников МЧС, ежегодно участвующих в ликвидации 12-23 пожаров [220]. По мнению Н.А. Антоновой (2010), для сотрудников силовых структур характерно употребление крепких спиртных напитков, при этом употребление пива дополняет потребление крепкого алкоголя [23]. Гораздо реже исследователи упоминают о позитивных личностных изменениях сотрудников МЧС в процессе длительной профессиональной деятельности. Например, С.А. Иващенко (2003) установила, что 80 % спасателей МЧС России ($n=68$; стаж работы $7,1 \pm 1,46$ лет) характеризуются эмоциональной стабильностью, экстраверсией, высокой самооценкой, самоконтролем, фрустрационной толерантностью, низкой личностной и ситуативной тревожностью, адекватной психической адаптацией, а 20 % – отличаются эмоциональной лабильностью, интроверсией, низкими самоконтролем и фрустрационной толерантностью, средним уровнем личностной и ситуативной тревожности, неустойчивой психической адаптацией [119].

К негативным последствиям участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности (на морских и речных судах) у сотрудников ФПС МЧС России относятся: частая ($3,8 \pm 1,1$ случаев/год) и длительная ($14,6 \pm 1,0$ сут./год) заболева-

емость, случаи профессионального травматизма, симптомы вегетативной дисфункции со стороны ЖКТ (у 55 % сотрудников), никотиновая зависимость (10-20 сигарет/сутки выкуривают 53,7 % опрошенных, 30 сигарет/сутки – 20,4 %), усиление гипотимных и тормозимых черт (24,4 %), эмоциональной лабильности (14,8 %), ригидности (39,3 %), психического напряжения (20,8 %), утомления (37,6 %), появление донозологических симптомов «избегания» (у 45,5 % сотрудников), дистресса (у 57 %) и пограничного ПТСР (на уровне 65-70 Т-баллов у 44,3 % обследованных).

Негативное воздействие экстремальных факторов профессиональной деятельности на психологическое и соматическое здоровье пожарных подтверждают исследования отечественных и зарубежных авторов. Например, М.В. Леви (2000) обнаружил, что «пожарные, подвергшиеся экстремальным воздействиям опасных и вредных факторов условий труда, в дальнейшем тяжелее переносят эмоциональные травмы вследствие истощения защитных ресурсов психики в результате сочетанного воздействия «критического инцидента» и «невидимого» стресса, которое характерно для профессии пожарного» [191, С. 108]. Д.В. Кулаков (2011) установил, что после участия в ликвидации крупномасштабных пожаров у сотрудников ГПС МЧС России (n=66) усилились раздражительность, реактивная тревожность (42 %), физическая (37 %) и умственная (28 %) утомляемость, общая слабость (29 %), возникли вегетативные нарушения (28 %), нарушения сна (34 %), памяти (26 %), внимания (25 %), головная боль (27 %), снизились активность (30 %), настроение (27 %), скорость и точность психомоторных реакций (40 %) [181]. Согласно исследованиям К.С. Дель Бена с соавт. (Del Ben K.S. at al., 2006) распространенность симптомов ПТСР среди пожарных составляет от 7 % до 37 % [434]. По данным Д.В. Марченко (2006), среди сотрудников МЧС, ежегодно участвовавших в тушении 220-260 пожаров, чаще встречаются хронические заболевания верхних дыхательных путей (22 % обследованных), артериальная гипертензия (19,2 % лиц), болезни органов пищеварения (13,8 %), в том числе язва желудка и двенадцатиперстной кишки (5,1 %), синдром вегетососудистой дистонии (3,5 %) [220]. Х.Л. Селден (H.L. Selden, 1978) отмечает, что курение способствует заболеваниям сердца, легких и стрессовым реак-

циям у пожарных, поэтому иногда курящим отказывают в приеме на службу в пожарную охрану [516].

Внутренняя мотивация субъективного выбора профессии пожарно-спасательного профиля влияет на характер и выраженность психологических последствий служебной деятельности. У сотрудников МЧС с эго-ориентированной (отрицательной) мотивацией развивается больше негативных последствий в виде повышенного психического напряжения, интровертированности, пассивности, враждебности к окружающим, эмоционального выгорания и субкомпенсированных симптомов ПТСР, склонности к уходу от решения проблем и употреблению крепких алкогольных напитков на фоне ощущения недостаточной социальной поддержки семьи и коллег.

В доступной литературе не удалось обнаружить работ, исследовавших взаимосвязь мотивации выбора профессии пожарно-спасательного профиля с негативными и позитивными психологическими последствиями служебной деятельности у сотрудников МЧС. Однако Ю.В. Бессонова (2003) отмечает, что успешные спасатели характеризуются преобладанием общих личностных и профессиональных установок, а менее успешные — конкретных целей и желаний, при недостаточной четкости основных жизненных ориентиров [44]. По данным С.С. Каппушева (2006), у сотрудников ГПС МЧС России ведущими мотивами являются «профессиональные» и «личного престижа», менее значимы — «прагматические», «познавательные» и «социальные». Прагматические мотивы доминируют у сотрудников со стажем службы менее 3-х и более 20-ти лет, и отрицательно коррелируют с успешностью деятельности [139].

Динамика психологических и соматических изменений после участия в ликвидации последствий наводнения у сотрудников МЧС ($n=112$), лонгитюдно обследованных до, через 5 суток и спустя 12 месяцев после возвращения из командировки в зону ЧС, носит, преимущественно, негативный характер в виде сдвига в сторону увеличения психофизиологического утомления, психического напряжения, тревожности, эмоциональной лабильности, невротического контроля, пессимистичности, донозологических симптомов ОСР, повышения в 1,2 раза частоты ($2,6 \pm 1,7$ случа-

ев/год) и в 1,3 раза длительности ($18,6 \pm 18,8$ сут./год) заболеваемости. У части сотрудников МЧС отсутствовала динамика показателей заболеваемости, зафиксированных до и после командировки, что указывает на их успешную адаптацию к экстремальной деятельности: 12,7 % сотрудников остались здоровы, у 38,2 % обследованных сохранилась прежняя частота (1-2 случаев/год), у 33,5 % лиц – длительность заболеваемости (3-14 сут./год). Адаптивные психологические последствия наблюдались в виде повышения осторожности, чуткости к опасности, уменьшения потребности в отдыхе, сдерживания эмоций, позитивные последствия – в виде возрастания мужественности, эмотивности и исполнительности.

В научной литературе встречаются данные о негативной динамике психологических последствий участия в ликвидации ЧС. Например, С.И. Волков (2007) установил, что низкий уровень функциональных возможностей ЦНС отмечен у 21,8 % сотрудников ГПС МЧС России до участия в ликвидации ЧС, а после – в 38,5 % случаев [72]. Однако исследований, указывающих на позитивные и адаптивные психологические личностные изменения у сотрудников МЧС, лонгитудно обследованных до и после ликвидации последствий ЧС, в доступной литературе обнаружить не удалось. Характер профессиональной деятельности (комплекс профессиональных стресс-факторов) формирует у сотрудников ФПС МЧС России ($n=232$, возраст $30,5 \pm 6,5$ лет) и комбатантов ОВД ($n=223$, возраст $28,8 \pm 5,5$ лет) отдаленные (более 1 года) специфические (позитивные, негативные) и неспецифические (адаптивные, не зависящие от профиля деятельности) психологические и соматические последствия (рисунок 44). При этом у сотрудников МЧС, по сравнению с участниками КТО, отмечается более редкая встречаемость и меньшая выраженность негативных изменений.

Специфически-негативными последствиями профессии пожарно-спасательного профиля являются: противоречивый тип стрессового реагирования (сочетание стенических свойств личности с демонстративными чертами), эмоциональная лабильность (21,3 % сотрудников), склонность к накоплению избыточной массы тела (19,6 % лиц), симптомы ОСР донозологического уровня – «вторжения» (15 %), дистресса (18,6 %). К специфически-позитивным последствиям относятся: способность к состраданию, эмотивность, социально-ролевая вариативность (19 %),

лучшая, по сравнению с комбатантами, спортивная подготовка (у 20,7 % лиц – регулярная, у 44,4 % – периодическая) и менее длительная заболеваемость ($13,8 \pm 15,8$ сут./год).



Рисунок 44 – Отдаленные специфические и неспецифические последствия профессиональной деятельности в экстремальных условиях

Специфически-негативными последствиями боевого стресса у комбатантов ОВД являются: в 1,7 раза более длительная заболеваемость ($23,4 \pm 24,2$ сут./год) и в 2 раза более частая встречаемость черепно-мозговых травм (24,5 %), по сравнению с сотрудниками МЧС, повышенный уровень психического напряжения (у 50,7 % лиц), импульсивности (38 %), ригидности (32 %), социальной интроверсии (44,7 %), симптомов ПТСР донологического уровня – «избегания» (12,6 %), «гипервозбудимости» (10,8 %), депрессии (11,7 %) и дистресса (7,8 %). К специфически-позитивным последствиям относятся: стенический эмоционально-поведенческий тип реагирования, умение оперативно действовать в сложных ситуациях, решительно и мужественно идти на риск.

Неспецифически-адаптивный характер некоторых личностных изменений (устойчивость к возникновению гипотимических, ипохондрических и психастенических проявлений, способность эмоционально дистанцироваться от ситуации и прогнозировать ее развитие, осторожность, конформизм по отношению к референтной группе, исполнительность по отношению к приказам и соблюдению установленного порядка), указывает на единую природу их развития у специалистов профессий экстремального профиля (сотрудников ОВД и МЧС России).

В литературных источниках не удалось обнаружить работ, в которых выделяются специфические (позитивные и негативные) и неспецифические (адаптивные) психологические и соматические последствия служебной деятельности сотрудников МЧС, в сравнении с комбатантами. Однако М.В. Леви (2000) установил, что «уровень выраженности симптоматики стрессовых расстройств у пожарных не ниже, а по ряду симптомов даже выше, чем у сотрудников других служб ОВД» [191, С. 109]. Н.В. Тарабрина (2008) также выявила, что пожарные по ряду симптомов ПТСР («избегание», «физиологическая гиперактивация», «дистресс и дезадаптация») и ОСР («диссоциация», «физиологическая гиперактивация») превосходят ($p < 0,001$) сотрудников ОВД и спасателей [354, С. 252-253]. В работе М.В. Кореховой (2013) отмечено, что сотрудники ОВД, по сравнению с сотрудниками МЧС и военнослужащими, обладают более высокой психической устойчивостью, нормативностью поведения, но отличаются более низким личностным адаптационным потенциалом и сниженной работоспособностью [158]. По данным С.А. Иващенко (2003), пожарные, в отличие от спасателей, обладают более высоким уровнем притязаний, ответственности, сензитивности и ситуативной тревожности, но при этом способны сохранять стрессоустойчивость в экстремальных ситуациях [119]. Н.В. Суворова (2006) установила, что стрессоустойчивые руководители тушения пожаров отличаются доминированием сдерживающих качеств личности (социальной отчужденностью, скромностью, ответственностью, надежностью), а их подчиненные – озабоченностью, серьезностью, ответственностью, добросовестностью, практичностью, внимательным отношением к людям [341]. По мнению М.В. Вавилова (2003), успешное выполнение боевых задач при тушении пожаров базируется на высокой профессиональной, физи-

ческой и психологической подготовке, служебном опыте, мужестве и дисциплинированности личного состава пожарной охраны [62]. А.Н. Зелянина (2013) указывает, что высокая интенсивность боевого опыта и тяжесть ранения сопряжены у комбатантов с соматизацией тревоги, эмоциональной напряженностью, ригидностью аффекта и с представлениями о своей жизни как менее осмысленной и целенаправленной [111]. В исследовании Л.А. Сазыкина с соавт. (2000) выявлено, что у сотрудников спецподразделений, выполнявших служебно-боевые задачи в экстремальных условиях, превалирует неврологический профиль заболеваемости (черепно-мозговые травмы и травмы позвоночника): ОМОН – 64 %; СОБР – 75 % [310]. По данным Р.Р. Маньякова, Э.М. Османова (2014), динамика общей заболеваемости участников КТО с последствиями боевых ЧМТ (средний возраст $42,8 \pm 6,01$ года) имеет негативную тенденцию: с 2051 ‰ в 2003 г. до 3301 ‰ в 2012 г., с темпом прироста 60,9 % [218]. Д.В. Марченко (2006) установил, что заболеваемость среди пожарных, ежегодно участвовавших в тушении 220-260 пожаров, составляет $1032 \pm 13,1$ дней нетрудоспособности на 100 человек [220].

Под влиянием экстремальных факторов ЧС антропогенного (боевые действия) и природного характера (наводнение) у профессионального контингента возникают ранние (до 1 года) неспецифические (однотипные) и специфические (характерные) психологические и соматические последствия (рисунок 45). В исследовании оценивалась достоверность различий выборок комбатантов ОВД ($n=40$) и сотрудников МЧС ($n=112$), обследованных через 1 год после возвращения из зоны ЧС.

Неспецифическими последствиями антропогенного и природного типов ЧС являются: усиление черт невротического контроля, пессимистичности, тревожности, повышение психической напряженности, психофизиологического утомления, частоты и длительности заболеваемости. Факторы антропогенной ЧС более интенсивно влияют на соматическое здоровье и эмоциональное состояние профессионалов, вызывая более выраженную гипотимическую реакцию.

Специфическими последствиями ЧС антропогенного характера являются личностные изменения комбатантов ОВД в сторону усиления черт импульсивности, ригидности, индивидуалистичности и социальной интроверсии.



Рисунок 45 – Ранние специфические и неспецифические последствия антропогенного и природного типов ЧС

Специфическими последствиями воздействия природных факторов ЧС являются усиление демонстративных черт, эмоциональной лабильности, уменьшение оптимизма и возрастание мужественности у сотрудников МЧС.

В доступной научной литературе не удалось обнаружить исследований, посвященных анализу неспецифических и специфических психологических и соматических последствий ЧС антропогенного и природного характера у специалистов профессий экстремального профиля.

В процессе профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС России формируются различные типы психологических последствий, отражающих этапы адаптационной стратегии организма в континууме «психическое здоровье (гомеостаз) – промежуточные формы психического здоровья (адаптация и компенсация) – психопатология (дезадаптация)»

Ранние (до 1 года) психологические и соматические последствия участия в ликвидации природных ЧС установлены с помощью иерархической кластеризации выборки курсантов СПб УГПС МЧС России ($n=112$) в возрасте ($22,6 \pm 0,4$) лет, обследованных после командировки в район стихийного бедствия. В ранний постэкспедиционный период у 42,6 % сотрудников преобладает предпатологический (негативный) характер последствий в виде увеличения показателей заболеваемости, при-

знаков астенизации на фоне смешанного типа стрессового реагирования, когда психастенические черты, сенситивность, личностная тревожность, потребность в конгруэнтных отношениях сочетаются с эмоциональной холодностью, эгоцентричностью, избирательностью в контактах и импульсивностью. Из них 12,9 % в первую очередь нуждаются в психокоррекционных и реабилитационных мероприятиях, так как на фоне полиморфизма характерологических особенностей и дисбаланса противоречивых личностных тенденций выявляются признаки невротизации, выраженное утомление, субкомпенсированные симптомы ОСР (60-70 Т-баллов), частая ($4,7 \pm 1,7$ случаев/год) и длительная ($42,0 \pm 4,4$ сут./год) заболеваемость. Для 38,7 % сотрудников МЧС характерен неустойчиво-адаптивный тип последствий: средний уровень утомления и психического напряжения на фоне разнонаправленных личностных паттернов (эмоциональная лабильность, импульсивно-доминантный стиль поведения в сочетании с осторожностью и настороженностью), донозологический уровень симптомов «избегания» и дистресса ОСР, риск психосоматического варианта дезадаптации (у 26,8 % лиц этой группы частая ($4,1 \pm 1,3$ случаев/год) и длительная ($27,8 \pm 4,4$ сут./год) заболеваемость). Из числа обследованных 18,7 % имеют конструктивно-адаптивный тип последствий, проявляющийся в виде стенического стрессового реагирования, оптимальной психофизиологической мобилизованности, отсутствия симптомов ОСР и динамики соматической заболеваемости.

Отдаленные (от 1 года до 13 лет) психологические и соматические последствия профессиональной пожарно-спасательной деятельности определены с помощью иерархической кластеризации выборки сотрудников ФПС МЧС ($n = 222$) в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, участвовавших в ликвидации ЧС и пожаров различного ранга сложности (стаж службы в МЧС $7,9 \pm 4,9$ лет). Установлено, что в отдаленный период профессиональной деятельности типы последствий аналогичны наблюдаемым в ранние сроки, их количественное соотношение представлено в таблице 52.

В ранний период преобладает негативный тип последствий, в отдаленный – позитивный. Позитивный (конструктивно-адаптивный) тип отдаленных психологических и соматических последствий профессиональной деятельности характерен для 55,4 % сотрудников МЧС (возраст $30,7 \pm 7,1$ лет). У них отмечается низкая частота

($1,2 \pm 1,0$ случаев/год) и длительность ($12,1 \pm 11,9$ сут./год) заболеваемости, оптимальная психофизиологическая мобилизованность, стеническое эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование (оптимизм, мужественность, рациональность, целеустремленность) на фоне незначительного дистресса и отсутствия симптомов ПТСР. Вероятно, конструктивное стрессовое реагирование явилось результатом успешной профессиональной адаптации наиболее подготовленных сотрудников МЧС, которые не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют 1-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Таблица 52 – Типы психологических последствий, наблюдаемые у сотрудников МЧС в различные сроки профессиональной деятельности

Тип последствий	Срок профессиональной деятельности в группах сотрудников МЧС	
	ранний (до 1 года)	отдаленный (1-13 лет)
Конструктивно-адаптивный	18,7 %	55,4 %
Неустойчиво-адаптивный	38,7 %	28,8 %
Негативный (пограничный)	42,6 %	15,8 %

Неустойчиво-адаптивные отдаленные последствия выявлены у 28,8 % сотрудников МЧС (возраст $31,3 \pm 6,4$ года): стенический тип реагирования с преобладанием возбудимых черт (гиперактивность, импульсивность, экспрессивность, склонность к риску и агрессивным реакциям, индивидуалистичность), средний уровень психического напряжения, показателей частоты ($1,5 \pm 0,9$ случаев/год) и длительности ($15,1 \pm 10,0$ суток/год) заболеваемости на фоне минимально выраженного дистресса и донозологических симптомов ПТСР. Адаптация достигается сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов, однако в условиях длительно действующих профессиональных стресс-факторов имеется риск дезадаптации по гиперстеническому типу. Наличие отдельных симптомов ПТСР доклинического уровня и признаков личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести таких лиц ко 2-й группе психического здоровья.

Негативный (пограничный) тип изменений установлен у 15,8 % сотрудников МЧС (возраст $29,2 \pm 5,0$ лет), для которых характерно повышенное утомление, психическая напряженность и заболеваемость (частота $1,7 \pm 1,4$ случаев/год, длительность

ность $16,7 \pm 23,4$ сут./год), субкомпенсированные симптомы «вторжения» и дистресса ПТСР, гипостенический тип реагирования, психастенические и ригидные черты в сочетании с выраженной индивидуалистичностью, усугубляющие риск невротического варианта дезадаптации или декомпенсации личности в сторону усиления сенситивно-индивидуалистических и тормозимых реакций. Наличие перманентно сохраняющихся донозологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, не совершенная социальная адаптация, позволили предположить пограничный диапазон личностных изменений этих лиц, соответствующий 3-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Выявленные закономерности подтверждаются исследованиями зарубежных и отечественных авторов. Например, Б. Халливелл с соавт. (B. Halliwell, E.C. Carroll, 1994) выявил высокие уровни депрессии и нарушения когнитивных функций у пожарных через 2-3 месяца после участия в ликвидации крупномасштабного пожара [456]. По данным В.В. Колягина с соавт. (2000), первые признаки поражения внутренних органов и ЦНС в виде астеновегетативных, аффективных, алгических расстройств и нарушений сна, с наличием или отсутствием признаков органического снижения личности, выявляются через 1,3 года после воздействия токсичных продуктов горения [155]. М.В. Леви (2000) установил, что «26 % сотрудников территориальных подразделений противопожарной службы представляют собой группу риска развития ОСР и ПТСР, при этом 6,5 % испытывают состояния, способные вызвать существенное нарушение адаптации, стать причиной неадекватного поведения и снижать эффективность профессиональной деятельности личного состава пожарной охраны» [191, С. 109]. С.И. Волков (2007) обнаружил, что у 30-40 % сотрудников ГПС МЧС России после участия в ликвидации ЧС наблюдаются сочетания нескольких дезадаптивных нервно-психических состояний с доминированием эмоциональных нарушений, астено-невротических проявлений, нервно-психической неустойчивости, тревожности нарушений интеллектуальных функций, свидетельствующих о перенапряжении адаптационных механизмов и истощении резервных возможностей организма [72]. А.В. Бухвостов (2004) установил, что в условиях неопределенности, опасности для жизни и здоровья, адаптивное поведение проявляют 68 %

опытных сотрудников ГПС МЧС России, 19 % – псевдоадаптивное и 13 % – дезадаптивное. В условиях стресса активные копинг-стратегии формируют адаптивные формы поведения, а пассивные – приводят к дезадаптации [61]. По данным М.В. Кореховой (2013), признаки дезадаптации характерны для 30 % специалистов профессий экстремального профиля (ОВД, МЧС, военнослужащих): психическое напряжение, низкий уровень работоспособности, толерантности к стрессу, расстройство сна, вегетативный дисбаланс, астения, гипотимия, симптомы эмоционального выгорания, социальная интроверсия, агрессивность, неконформизм, низкая нормативность поведения, зависимость [158].

Таким образом, сходные варианты типов психологических последствий, выявленные в различные сроки профессиональной деятельности у сотрудников МЧС России и в различные сроки реадaptационного периода у комбатантов ОВД, ОМОН (их количественное соотношение представлено в таблицах 53, 54), делают обоснованным предположение об общих уровнях и механизмах адаптационного реагирования, вне зависимости от вида экстремальной деятельности (типа ЧС) и длительности профессионального стажа.

Таблица 53 – Типы психологических последствий, наблюдаемые у комбатантов ОВД и сотрудников МЧС после воздействия факторов ЧС в ранний период реадaptации

Тип последствий	Ранний период реадaptации (до 1 года) после ЧС	
	комбатанты ОВД (n=40)	сотрудники МЧС (n=112)
Конструктивно-адаптивный	37,5 %	18,7 %
Неустойчиво-адаптивный	45 %	38,7 %
Негативный (пограничный)	17,5 %	42,6 %

Таблица 54 – Типы психологических последствий, наблюдаемые у комбатантов и сотрудников МЧС в отдаленные сроки служебно-боевой деятельности

Тип последствий	Отдаленный период реадaptации после участия в КТО		Отдаленный период пожарно-спасательной деятельности
	комбатанты ОВД (n = 108)	комбатанты ОМОН (n = 108)	
Конструктивно-адаптивный	29,6 %	62 %	55,4 %
Неустойчиво-адаптивный	51,0 %	21,3 %	28,8 %
Негативный (пограничный)	19,4 %	16,7 %	15,8 %

С другой стороны, варьируемый удельный вес числа специалистов, отнесенных к выделенным типам, ставит вопрос об индивидуальных психофизиологических особенностях, устойчивость и уязвимость которых определяется совокупностью предрасполагающих внутренних и внешних факторов (предикторов).

В ранний период реадaptации конструктивно-адаптивный (37,5 %) и неустойчиво-адаптивный (45 %) тип последствий преобладает среди комбатантов ОВД, по сравнению с сотрудниками МЧС (18,7 %), среди которых доминирует негативный тип (42,6 %). Данный факт, возможно, обусловлен тем, что сотрудники ОВД опытнее и лучше подготовлены к деятельности в условиях КТО, тогда как природные факторы ЧС оказали более выраженное негативное влияние на курсантов СПбУ ГПС МЧС России, впервые принимавших участие в ликвидации последствий стихийного бедствия (наводнения).

В отдаленный в отдаленные сроки служебно-боевой деятельности самая высокая представленность конструктивно-адаптивных последствий наблюдается среди комбатантов ОМОН (62 %), самая низкая – среди обследованных сводного отряда ОВД (29,6 %), для которых характерен неустойчиво-адаптивный тип изменений (51 %). Негативный (пограничный) тип последствий в отдаленные сроки служебно-боевой деятельности среди профессионалов всех групп находится в диапазоне 16-19 %.

В целях профилактики дезадаптации лицам с неустойчиво-адаптивным и пограничным типом изменений показаны здоровый образ жизни, активный отдых, разноплановые релаксационные мероприятия, психологическое консультирование (индивидуальное и семейное), психокоррекция личностных черт (импульсивности, гипервозбудимости, демонстративного поведения, индивидуалистичных, ригидных установок, агрессивности и др.), психотерапия симптомов ПТСР (психодинамическая, когнитивная, телесно-ориентированная, НЛП и др.), своевременное лечение соматических заболеваний.

Полученные результаты, в основном, не противоречат соответствующим данным, имеющимся в проанализированной научной литературе.

ГЛАВА 6. СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОФЕССИЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

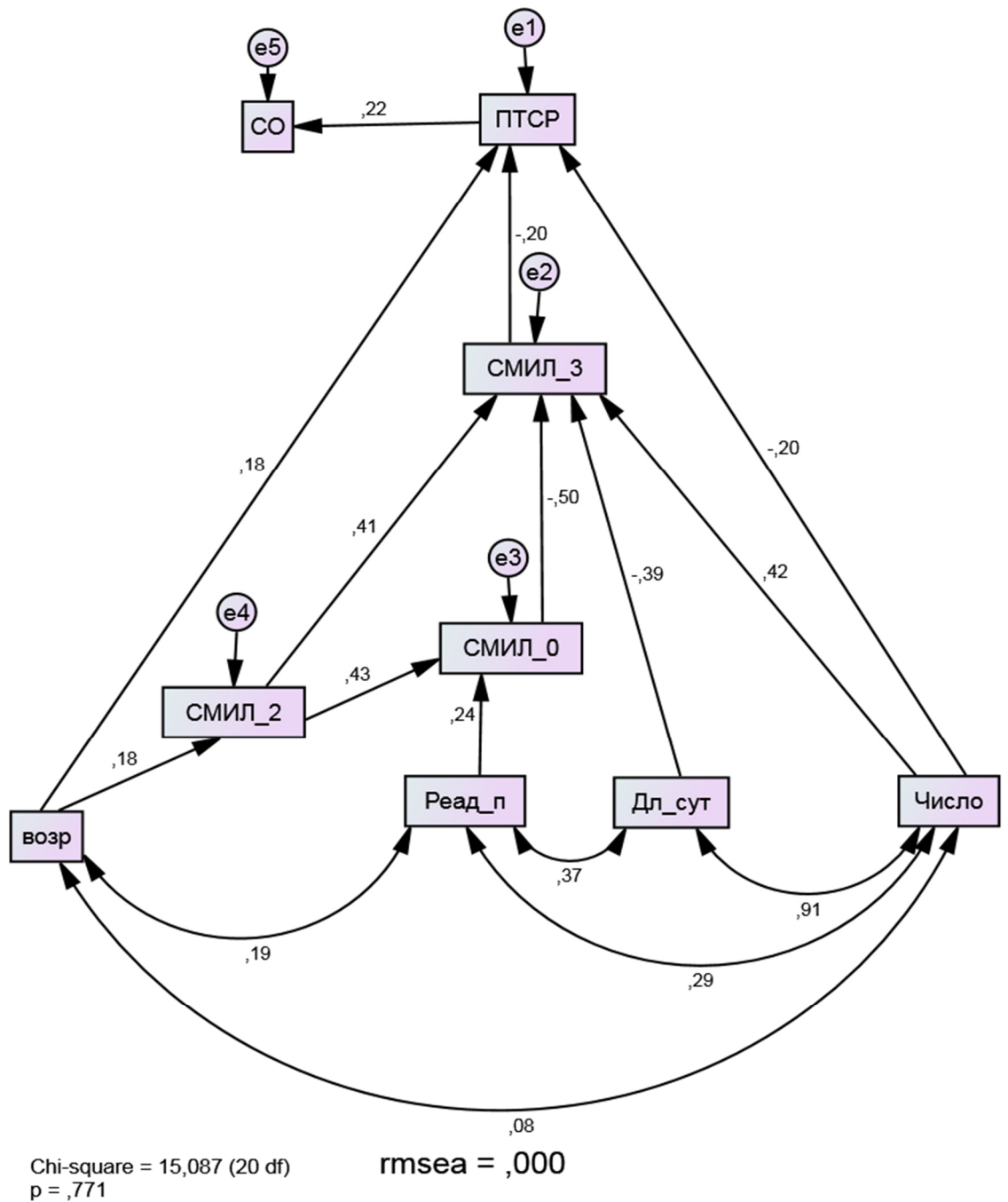
6.1 Структурные модели личностных изменений и соматической заболеваемости участников вооруженных конфликтов

Результаты описательной статистики, сравнительного, корреляционного и множественного регрессионного анализа, теоретические представления о механизмах развития ПТСР, посттравматических личностных изменениях и о том, что психологические последствия у комбатантов обусловлены влиянием различных динамических (действующих во времени) переменных, которые могут действовать совместно и раздельно, определили дальнейшую логику исследования.

Гипотеза исследования: прогностическими факторами (предикторами) степени тяжести ПТСР (отдельных симптомов или нозологии), а также соматических последствий, являются частота и длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта, возраст и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, при этом роль медиаторов (посредников) играют личностные особенности комбатантов.

Объект исследования: мужчины ($n = 223$), комбатанты ОВД и ОМОН в возрасте ($28,8 \pm 5,5$) лет – участники контртеррористической операции на территории Чеченской Республики, среднее число спецкомандировок – ($2,8 \pm 2,3$), средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта – (224 ± 143) суток, длительность периода реадaptации – (812 ± 724) суток или $2,2 \pm 2$ года.

Для анализа эмпирических данных применялся метод моделирования структурными уравнениями (SEM – Structural Equations Modeling) с помощью статистического пакета «SPSS Statistics ver. 22.0» в модуле AMOS (Analysis of Moment Structures – анализ структур моментов). В результате разработана структурная модель (модель путей) направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных с психологическими особенностями личности, которые обуславливают клинически развернутую картину ПТСР (рисунок 46).



Экзогенные переменные (предикторы): «возр» – возраст; «реад_п» – продолжительность периода реадaptации к мирной жизни; «дл_сут» – общая длительность спецкомандировок, сутки; «число» – количество спецкомандировок в зону КТО. Эндогенные переменные (шкалы СМЛ): «СМЛ_2» – пессимистичности; «СМЛ_0» – социальной интроверсии; «СМЛ_3» – эмоциональной лабильности; «СО» – суммарное отклонение (тест М. Люшера); «ПТСР» – посттравматическое стрессовое расстройство (ОТС И.О. Котенева); e1, e2, e3, e4, e5 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели)

Рисунок 46 – Структурная модель взаимосвязи динамических предикторов с личностными особенностями комбатантов ОВД и ПТСР

Согласно патоцентрическому подходу к психическому здоровью, предполагается, что тест СМИЛ, являясь клиническим опросником, выявляет характерологические особенности личности (факторы риска), способные повлиять на возникновение и степень тяжести клинически выраженного ПТСР.

Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 14$) равно 15,93, что значительно превышает 5 (предельно малое значение) [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 15,087$ ($df = 20$), $p = 0,771$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом стандартизированных регрессионных весов (числа у стрелок), отражающих направленность (знак) и силу прямого эффекта влияния одной переменной на другую.

Как следует из структурной модели (см. рисунок 46), предикторами возникновения ПТСР у комбатантов являются изменяющиеся во времени экзогенные переменные – возраст, частота участия в спецоперациях (число командировок), длительность периода пребывания в зоне КТО и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, объединенные между собой ковариационными связями (двунаправленными стрелками). Положительная значимая ковариация означает, что комбатанты зрелого возраста (0,08), часто и длительно (0,91) участвовавшие в боевых действиях, имеют и продолжительный (0,37) реадaptационный период (0,29). При этом некоторые динамические переменные (возраст, число командировок) могут как непосредственно детерминировать степень тяжести ПТСР (прямой эффект), так и оказывать опосредованное влияние через эндогенные медиаторы – преморбидные личностные особенности (пессимистичность, социальную интроверсию и эмоциональную лабильность). Длительность пребывания в зоне КТО и продолжительность

реадаптационного периода оказывают только косвенное влияние на выраженность ПТСР.

Чем старше возраст к моменту травматизации, тем выше вероятность возникновения и степень тяжести ПТСР (положительный знак стандартизированного коэффициента регрессии 0,18). Косвенный эффект влияния возраста на ПТСР опосредован гипотимией и социальной интровертированностью личности (медиаторами 1-го порядка), а также эмоциональной лабильностью (медиатором 2-го порядка). Отрицательный знак стандартизированного коэффициента регрессии между 3-й шкалой СМИЛ и ПТСР (-0,20) означает, что, чем ярче выражены демонстративные черты личности, тем ниже вероятность развития ПТСР и слабее его симптомы. Возможной причиной этого факта является свойственный таким лицам защитный механизм вытеснения негативной информации, а также выраженные вегетативные реакции с их экстрапунитивным отреагированием. Для истероидной личности психотравмирующими являются ситуации, нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип (крушение эгоцентрических установок), которые в боевых условиях встречаются редко.

С возрастом (0,18) повышается уровень осознания имеющихся проблем на фоне скептицизма, пессимистичного восприятия настоящего и будущего (2-я шкала СМИЛ). Гипотимия, с одной стороны, способствует увеличению эмоциональной лабильности (0,41), уменьшая риск ПТСР, с другой – усугубляет интровертированность личности (0,43). Замкнутость, обращенность в мир внутренних переживаний (0-я шкала СМИЛ) сочетается с низкой чувствительностью к проблемам социального окружения и отсутствием демонстративных черт личности (-0,50). Социальная интроверсия, усиливаясь в период реадaptации к мирной жизни (0,24) и усугубляясь на фоне гипотимии, депрессии (0,43), способствует более тяжелым последствиям психической травматизации. Напротив, включенность в социальную среду (социальная экстраверсия, низкая 0-я шкала СМИЛ), сочетающаяся с эмотивностью, ориентацией на внешнюю оценку и поддержку группы (высокая 3-я шкала СМИЛ), сопровождается снижением риска развития и выраженности ПТСР.

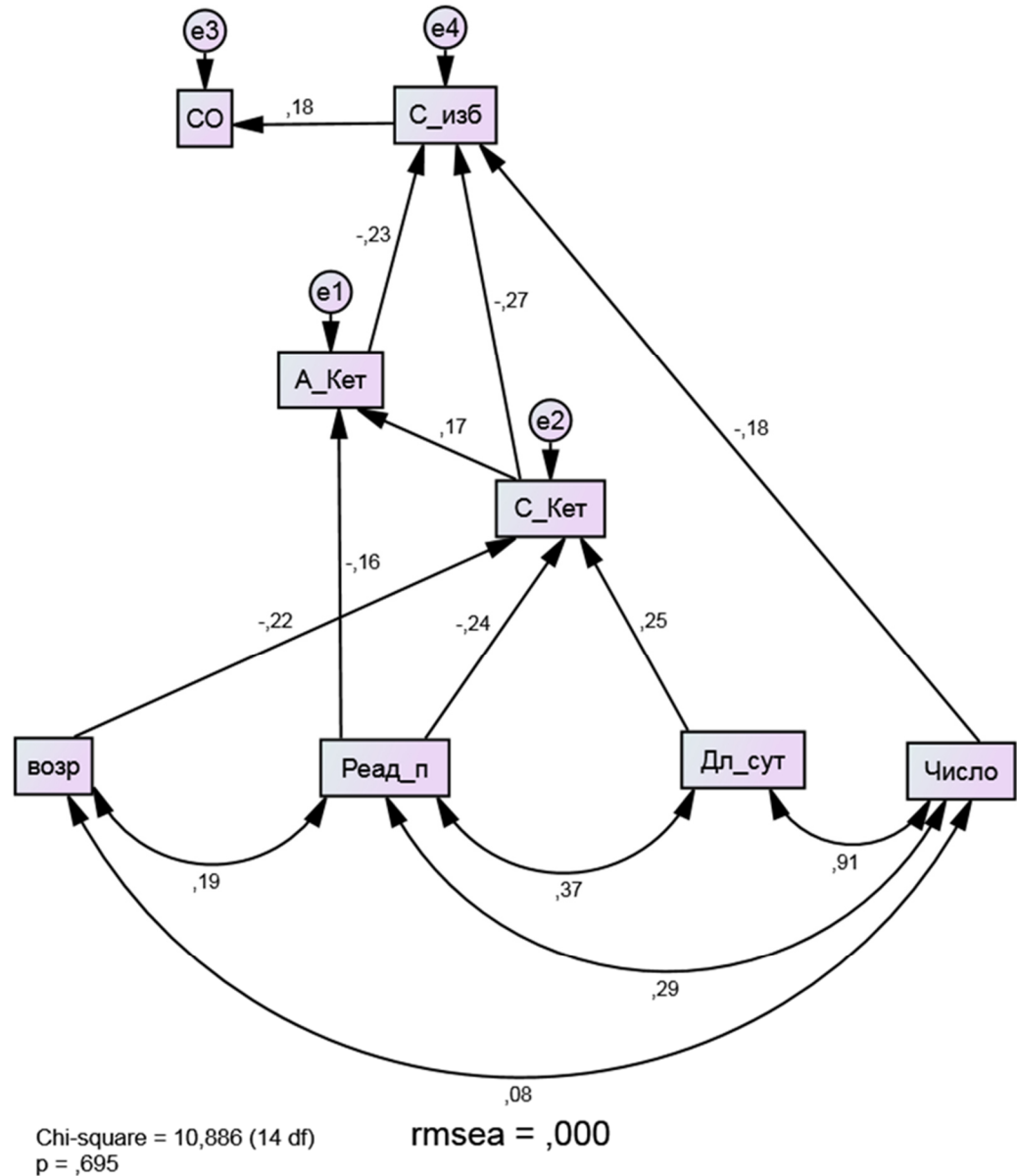
Демонстративность личности (3-я шкала «эмоциональная лабильность» СМИЛ) препятствует развитию посттравматического стресса, являясь медиатором 1-го порядка для экзогенных переменных: длительности (-0,39) и частоты (0,42) участия в спецоперациях. С одной стороны, частые спецкомандировки в зону КТО снижают (-0,20) выраженность ПТСР (возможно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности), с другой – усиливают преморбидную истероидность личности (0,42), при которой яркость эмоциональных проявлений (в сочетании с некоторой поверхностностью переживаний и вытеснением стрессогенной информации) способствует быстрому отреагированию и разрядке негативных эмоций, уменьшая риск посттравматических симптомов (-0,20). В результате длительных спецкомандировок снижается чувствительность к средовым воздействиям (-0,39) и увеличивается тяжесть посттравматического стрессового расстройства, на фоне которого усиливается психическая напряженность (0,22).

Таким образом, риск нозологически выраженного ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократного, но длительного воздействия боевого стресса у социально интровертированных комбатантов зрелого возраста, у которых не выражены демонстративные черты личности.

Риск развития и тяжесть ПТСР ниже в раннем реадaptационном периоде частых, но краткосрочных командировок в район вооруженного конфликта, у демонстративных, социально экстравертированных комбатантов молодого возраста.

Согласно нормоцентрическому подходу к пониманию психического здоровья предполагается, что тест Кеттелла (16-ФЛО, форма С) не являясь клиническим опросником, выявляет черты личности (факторы заболевания), препятствующие переходу отдельных симптомов донозологического уровня в развернутую клиническую картину ПТСР.

На рисунке 47 представлена структурная модель причинно-следственных связей динамических экзогенных переменных (возраста, числа командировок, длительности пребывания в зоне КТО и периода реадaptации) с чертами личности, которые обуславливают риск развития и выраженность симптомов «избегания» ПТСР.



Экзогенные переменные (динамические): «возр» – возраст; «Реад_п» – длительность ре-адаптационного периода; «Дл_сут» – длительность пребывания в зоне КТО, сутки; «число» – количество спецкомандировок. Эндогенные переменные (факторы 16-ФЛО): «А_Кет» – замкнутость-общительность; «С_Кет» – эмоциональная лабильность-стабильность; «СО» – суммарное отклонение (тест Люшера); «С_изб» – симптомы «избегания» ПТСР (тест Котенева); e1, e2, e3, e4 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели)

Рисунок 47 – Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с чертами личности комбатантов ОВД и симптомами «избегания» ПТСР

Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 12$) равно 18,58, что значительно превышает 5 [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 10,886$ ($df = 14$), $p = 0,695$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом знака стандартизированных регрессионных весов, а также принимая во внимание не только наличие, но и отсутствие связей между переменными (означающих, что прямая связь равна нулю).

Как следует из структурной модели (см. рисунок 47), предикторами возникновения симптомов «избегания» ПТСР у комбатантов являются динамические экзогенные переменные – возраст, частота, длительность участия в спецоперациях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, объединенные между собой ковариационными связями, описанными выше.

Возраст не оказывает прямого влияния на выраженность симптомов «избегания», медиаторами косвенного эффекта являются С-фактор 16-ФЛЮ (медиатор 1-го порядка) и А-фактор 16-ФЛЮ (медиатор 2 порядка). С возрастом у комбатантов повышается эмоциональная неуравновешенность, импульсивность, раздражительность вследствие затруднения волевого самоконтроля (-0,22), что может как напрямую усугублять тяжесть симптомов «избегания» ПТСР (-0,27), так и оказывать опосредованное влияние, усложняя социальную коммуникацию, усиливая скрытность, замкнутость, недоверчивость к людям (0,17), избегание стимулов, ассоциативно связанных с психотравмирующей ситуацией (-0,23).

С увеличением длительности периода реадaptации (отдаленный эффект психотравмы) наблюдаются аналогичные эффекты: снижается эмоционально-волевой контроль (-0,24) и общительность (-0,16), усиливается отгороженность от людей,

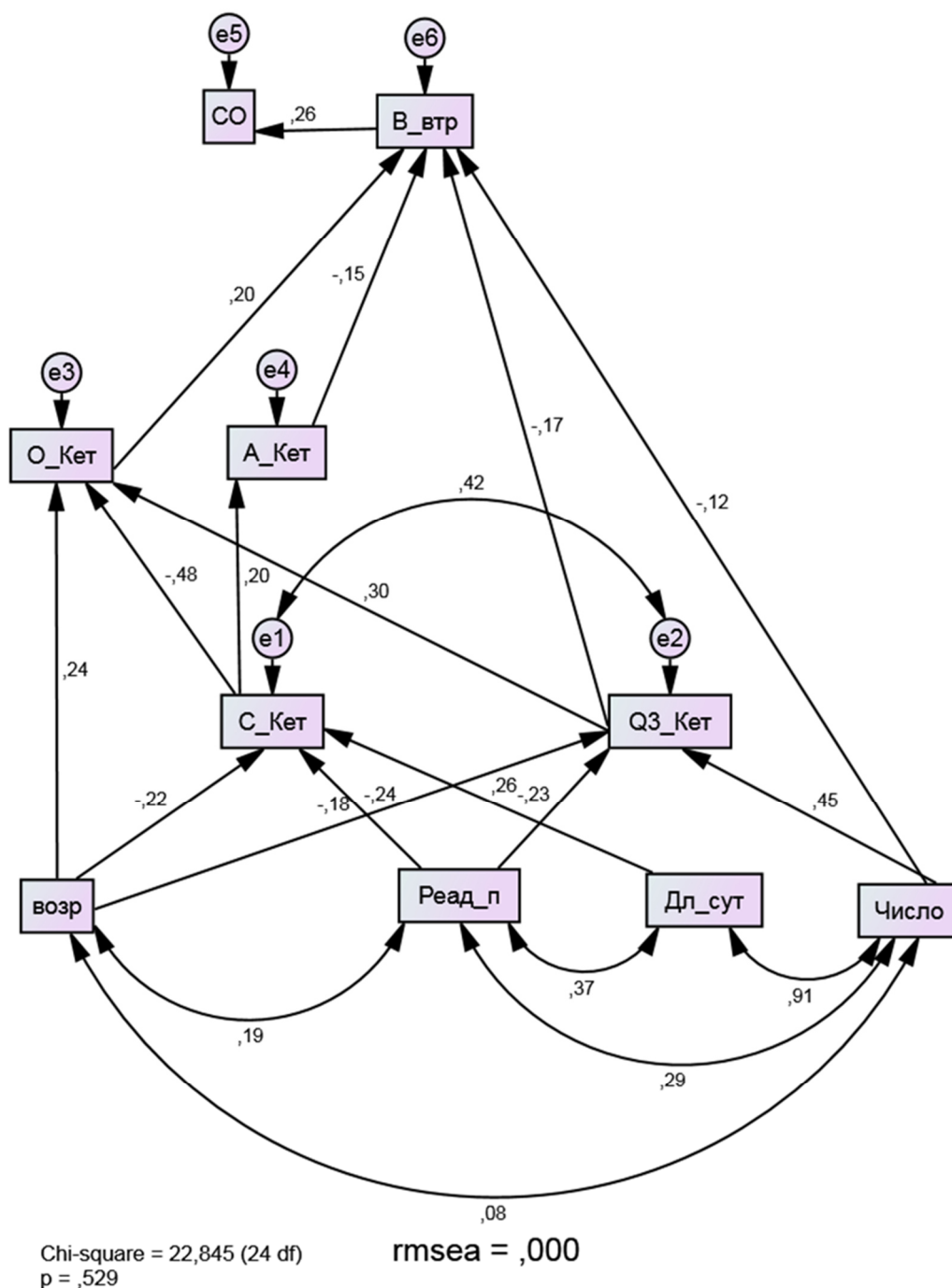
уменьшается интерес к участию в ранее значимых видах деятельности (-0,23), появляется ощущение отсутствия жизненной перспективы (-0,27), что приводит к повышению психической напряженности (0,18). В связи с этим можно предположить, что травматические воспоминания, оставаясь не интегрированными в когнитивную схему личности, с течением времени усиливаются, поэтому индивид стремится избегать стимулов, ассоциированных с травмой на фоне эмоциональной лабильности и затрудненности в межличностных контактах. Отрицательная взаимосвязь симптомов «избегания» с фактором А 16-ФЛЮ, возможно, отражает стремление к психологической изоляции (чувство отчужденности от людей, отсутствия будущего).

Частота участия в спецоперациях оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность симптомов «избегания» ПТСР (-0,18), возможно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности ввиду многократных спецкомандировок в зону КТО. При этом, с увеличением длительности «боевого стажа» у комбатантов повышается эмоциональная устойчивость и спокойствие (0,25), что в свою очередь, уменьшает выраженность симптомов избегания (-0,27) и снижает непродуктивную нервно-психическую напряженность (0,18).

Таким образом, выраженные симптомы «избегания» наблюдаются в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у эмоционально неустойчивых, импульсивных, замкнутых, шизотимных комбатантов зрелого возраста, однократно выезжавших в район КТО на короткий срок.

Риск развития и тяжесть симптомов «избегания» ПТСР ниже в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, экспрессивных и общительных комбатантов молодого возраста.

На рисунке 48 представлена структурная модель направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных (возраста, числа и длительности спецкомандировок, периода реадaptации к мирной жизни) с чертами личности, которые обуславливают степень тяжести симптомов «вторжения» ПТСР.



Экзогенные переменные (динамические): «возр» – возраст; «Реад_п» – длительность реабилитационного периода; «Дл_сут» – длительность пребывания в зоне КТО, сутки; «число» – количество спецкомандировок. Эндогенные переменные (факторы 16-ФЛО): «А_Кет» – замкнутость-общительность; «С_Кет» – эмоциональная лабильность-стабильность; «О_Кет» – спокойствие-тревожность; «Q₃_Кет» – низкий-высокий самоконтроль; «СО» – суммарное отклонение (тест Люшера); «В_втр» – симптомы «вторжения» ПТСР (тест Котенева); e1, e2, e3, e4, e5, e6 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели).

Рисунок 48 – Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с чертами личности комбатантов ОВД и симптомами «вторжения» ПТСР

Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 16$) равно 13,94, что значительно превышает 5 (предельно малое значение) [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 22,845$ ($df = 24$), $p = 0,529$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом знака стандартизированных регрессионных весов.

Как следует из структурной модели (см. рисунок 48), симптомы «вторжения» ПТСР у комбатантов детерминируют изменяющиеся во времени экзогенные переменные: возраст, частота, длительность участия в спецоперациях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, объединенные между собой ковариационными связями, описанными выше.

Возраст оказывает косвенный эффект на выраженность симптомов вторжения через факторы С, Q₃ 16-ФЛО (медиаторы 1-го порядка), фактор А 16-ФЛО (медиатор 2-го порядка) и фактор О 16-ФЛО, который может выступать как медиатор 1-го или 2-го порядка. С возрастом снижается самоконтроль (-0,18; фактор Q₃ 16-ФЛО), повышается беспокойство, озабоченность, чувство вины (0,24; фактор О 16-ФЛО), эмоциональная лабильность, импульсивность (-0,22; фактор С, 16-ФЛО), которая, в свою очередь, осложняет социальную коммуникацию (0,20; фактор А 16-ФЛО), усиливает тревожно-депрессивный фон настроения (-0,48) и вторгающиеся воспоминания (0,20). У комбатантов молодого возраста (-0,18) с развитым самоконтролем эмоций и поведения (фактор Q₃ 16-ФЛО) выраженное чувство вины, недовольство собой, страх и тревога (0,30; фактор О 16-ФЛО), способствует усугублению симптомов «вторжения» ПТСР (0,20) и психической напряженности (0,26; СО). Напротив, при отсутствии тревожности и чувства вины у молодых, целеустремленных сотруд-

ников ОВД, у которых нет противоречий между мотивами и жизненными целями (-0,18), отмечается низкий уровень симптомов «вторжения» ПТСР (-0,17).

В отдаленном периоде реадaptации наблюдаются аналогичные эффекты: вторгающиеся воспоминания (-0,17) часто беспокоят лиц с затрудненным самоконтролем (-0,23; фактор Q₃ 16-ФЛО), а также импульсивных, эмоционально лабильных (-0,24; фактор С, 16-ФЛО), замкнутых, скрытных (0,20; фактор А, 16-ФЛО), тревожных, испытывающих чувство вины (-0,48; фактор О, 16-ФЛО), у которых травматическое событие повторно переживается в снах или «флешбэках» (0,20). В раннем периоде возвращения к мирной жизни (-0,23) низкий уровень симптомов «вторжения» (-0,17) и психической напряженности (0,26) отмечается у комбатантов ОВД, хорошо осознающих социальные требования и ответственность (фактор Q₃ 16-ФЛО), спокойных, не испытывающих раскаяния и чувства вины (0,30; фактор О, 16-ФЛО).

Частота участия в боевых действиях может оказывать как прямой отрицательный эффект на выраженность симптомов «вторжения» ПТСР (-0,12), так и опосредованно влиять через фактор Q₃ (медиатор 1-го порядка) и фактор О 16-ФЛО (медиатор 2-го порядка). У комбатантов, однократно выезжавших в зону КТО наблюдается низкий самоконтроль эмоций и поведения (0,45), усиливающий симптомы «вторжения». У участников вооруженных конфликтов, часто выезжавших в зону КТО и отличающихся высоким самоконтролем (0,45; фактор Q₃ 16-ФЛО), чувства вины и предвосхищения угрожающих стимулов (0,30; фактор О 16-ФЛО) усугубляют вторгающиеся воспоминания (0,20).

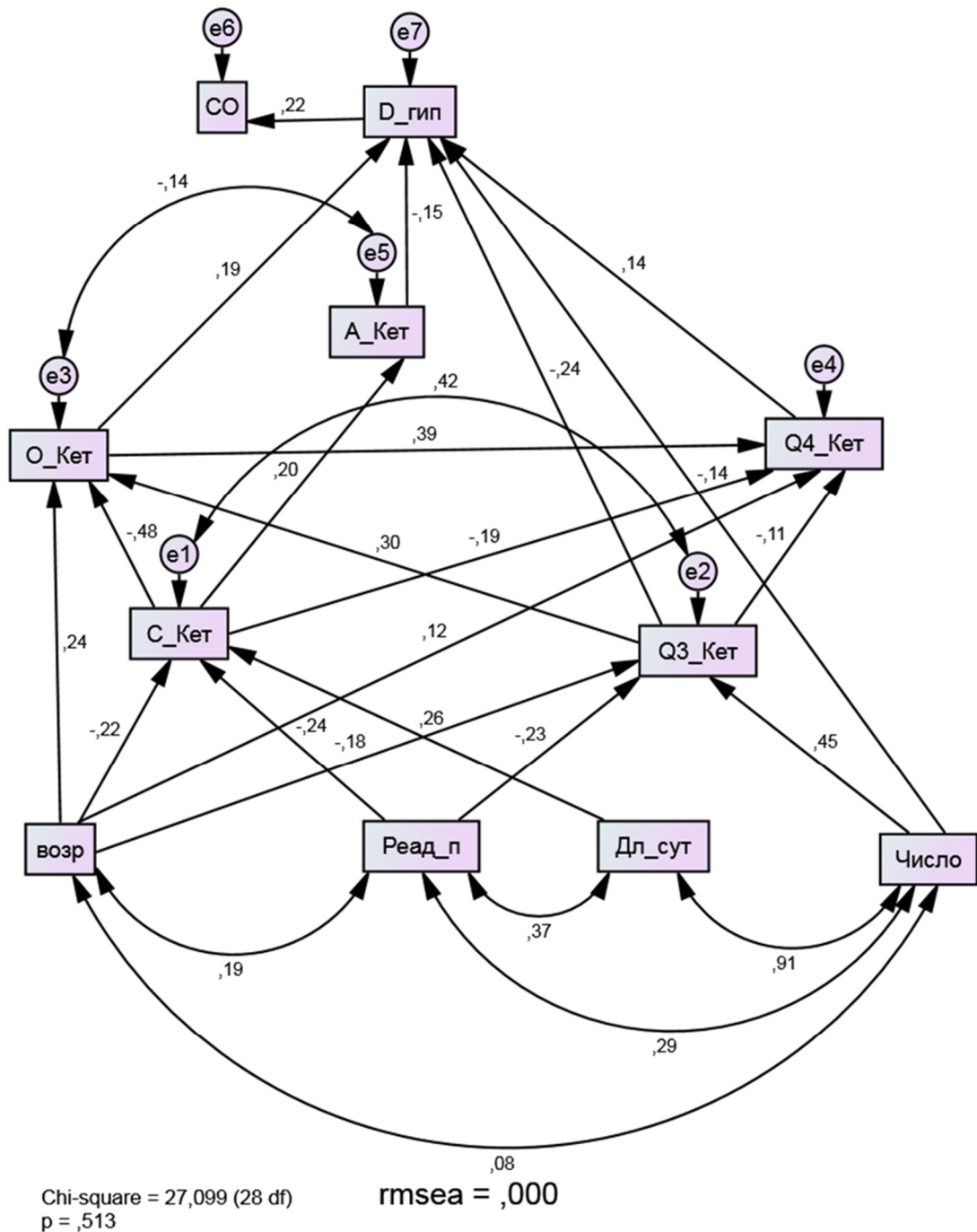
Продолжительное нахождение в зоне КТО косвенно детерминирует выраженность симптомов «вторжения» через фактор С (медиатор 1 порядка), факторы А и О 16-ФЛО (медиаторы 2 порядка). Длительное участие в спецоперациях повышает смелость, эмоциональную устойчивость (0,26; фактор С, 16-ФЛО), хладнокровие (-0,48; фактор О, 16-ФЛО) и циклотимию (0,20; фактор А, 16-ФЛО), вероятно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности. При этом уверенность в своих способностях (0,20; фактор О, 16-ФЛО), общительность и от-

крытость (-0,15; фактор А, 16-ФЛЮ) снижают вероятность симптомов «вторжения» и психической напряженности (0,26; СО).

Таким образом, риск развития и выраженность симптомов «вторжения» ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, которые испытывают чувство вины, отличаются тревожностью, замкнутостью, эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и затрудненным волевым самоконтролем. Симптомы «вторжения» ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, спокойных, смелых, волевых, уверенных в себе, умеющих контролировать эмоции и поведение, циклотимных комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют тревожность и чувство вины, а мотивы и цели интегрированы и не противоречат друг другу.

На рисунке 49 представлена структурная модель направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных (возраста, числа и длительности спецкомандировок, периода реадaptации к мирной жизни) с чертами личности, которые обуславливают степень тяжести симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР.

Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 18$) равно 12,39, что значительно превышает 5 (предельно малое значение) [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 27,099$ ($df = 28$), $p = 0,513$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом знака стандартизированных регрессионных весов.



Экзогенные переменные (динамические): «возр» – возраст; «Реад_п» – длительность ре-адаптационного периода; «Дл_сут» – длительность пребывания в зоне КТО, сутки; «число» – количество спецкомандировок. Эндогенные переменные (факторы 16-ФЛО): «А_Кет» – замкнутость-общительность; «С_Кет» – эмоциональная лабильность-стабильность; «О_Кет» – спокойствие-тревожность; «Q₃_Кет» – низкий-высокий самоконтроль; «Q₄_Кет» – расслабленность-фрустрационная тревожность; «СО» – суммарное отклонение (тест Люшера); «D_гип» – симптомы «гиперактивации» ПТСР; e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7 – ошибки эндогенных переменных.

Рисунок 49 – Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с чертами личности и симптомами физиологической гипервозбудимости ПТСР

Как следует из структурной модели (см. рисунок 49), симптомы «гипервозбудимости» ПТСР у комбатантов детерминируют динамические экзогенные переменные: частота и длительность участия в спецоперациях, возраст и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, объединенные между собой ковариационными связями, описанными выше.

Возраст оказывает косвенный эффект на выраженность симптомов «гипервозбудимости» через факторы С, Q₃, Q₄ 16-ФЛО (медиаторы 1-го порядка), фактор А 16-ФЛО (медиатор 2 порядка) и фактор О 16-ФЛО, выступающий как медиатор 1-го или 2-го порядка. С возрастом усиливается фрустрационная тревожность (0,12; Q₄ 16-ФЛО), которая проявляется в суетливой активности, взвинченности, невозможности расслабиться, что затрудняет планомерность действий и усугубляет симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (0,14). Возраст оказывает положительный косвенный эффект на переменную «D_гип»: медиатором 1-го порядка этой связи выступает фактор О 16-ФЛО (0,19), 2 порядка – фактор Q₄ 16-ФЛО (0,14). С течением времени у комбатантов усиливается чувство вины (0,24), которое усугубляет напряженность и фрустрированность личности (0,39), приводя к нарушениям сна, раздражительности, затруднениям сосредоточения внимания. С возрастом повышается импульсивность, эмоциональная неустойчивость (-0,22; фактор С, 16-ФЛО), на фоне которой ухудшается социальная коммуникация (0,20; фактор А 16-ФЛО), усиливается тревожно-депрессивный фон настроения (-0,48; фактор О 16-ФЛО) и фрустрационная напряженность (-0,19; фактор Q₄ 16-ФЛО), обуславливая утяжеление симптомов «гипервозбудимости» ПТСР. Возраст отрицательно влияет на самоконтроль эмоций и поведения (-0,18; фактор Q₃ 16-ФЛО), усиливая фрустрационную тревожность (-0,11; фактор Q₄ 16-ФЛО) и симптомы «гиперактивации» ПТСР (-0,24). При этом у комбатантов молодого возраста с высоким волевым самоконтролем (-0,18; фактор Q₃ 16-ФЛО) выраженное чувство вины (0,30; фактор О 16-ФЛО) способствует усугублению симптомов «гипервозбудимости» ПТСР (0,19) и психической напряженности (0,22; «СО»).

Длительность периода реадaptации оказывает косвенный эффект на выраженность симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР через факторы С, Q₃

16-ФЛО (медиаторы 1-го порядка) и факторы О, А, Q₄ 16-ФЛО (медиаторы 2-го порядка). В отдаленном периоде возвращения к мирной жизни у лиц с затрудненным самоконтролем эмоций и поведения (-0,23; фактор Q₃ 16-ФЛО) наблюдаются трудности с засыпанием и сосредоточением внимания (-0,24), усиливающиеся на фоне фрустрационной тревожности, «взвинченности», суетливой активности и раздражительности (-0,11; фактор Q₄ 16-ФЛО). В раннем риадаптационном периоде (-0,23) высокий уровень симптомов «гиперактивации» ПТСР (0,19) и психической напряженности (0,22; СО, тест Люшера) отмечается у комбатантов, отличающихся волевым самоконтролем, целеустремленностью, осознанием социальной ответственности и чувствительных к оценкам окружающих (фактор Q₃ 16-ФЛО), усиливающих чувство вины (0,30; фактор О, 16-ФЛО). С увеличением периода времени, прошедшего с момента последней командировки в зону КТО, повышается эмоциональная лабильность (-0,24; фактор С, 16-ФЛО), на фоне которой усиливается замкнутость (шизотимия) и отчужденность (0,20; фактор А, 16-ФЛО), беспокойство, тревожно-депрессивное настроение, раскаяние и чувство вины (-0,48; фактор О, 16-ФЛО).

В результате частых спецкомандировок в зону КТО снижается выраженность симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР (-0,14), вероятно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности. Частота участия в спецоперациях также косвенно влияет на выраженность переменной «D_гип» через фактор Q₃ (медиатор 1 порядка), фактор О и Q₄ 16-ФЛО (медиаторы 2 порядка). Комбатанты, часто командируемые в Северо-Кавказский, отличаются сильной волей, интегрированностью мотивов и целей, умением контролировать свои эмоции и поведение (0,45; фактор Q₃ 16-ФЛО), невозмутимостью и планомерностью действий (-0,11; фактор Q₄ 16-ФЛО), низким уровнем симптомов физиологического возбуждения (0,14) и психического напряжения (0,22; СО). Однако постоянное предвосхищение угрожающих стимулов (0,30; фактор О 16-ФЛО) служит причиной повышенной настороженности, гипербдительности, трудностей с концентрацией внимания (0,19; «D_гип»).

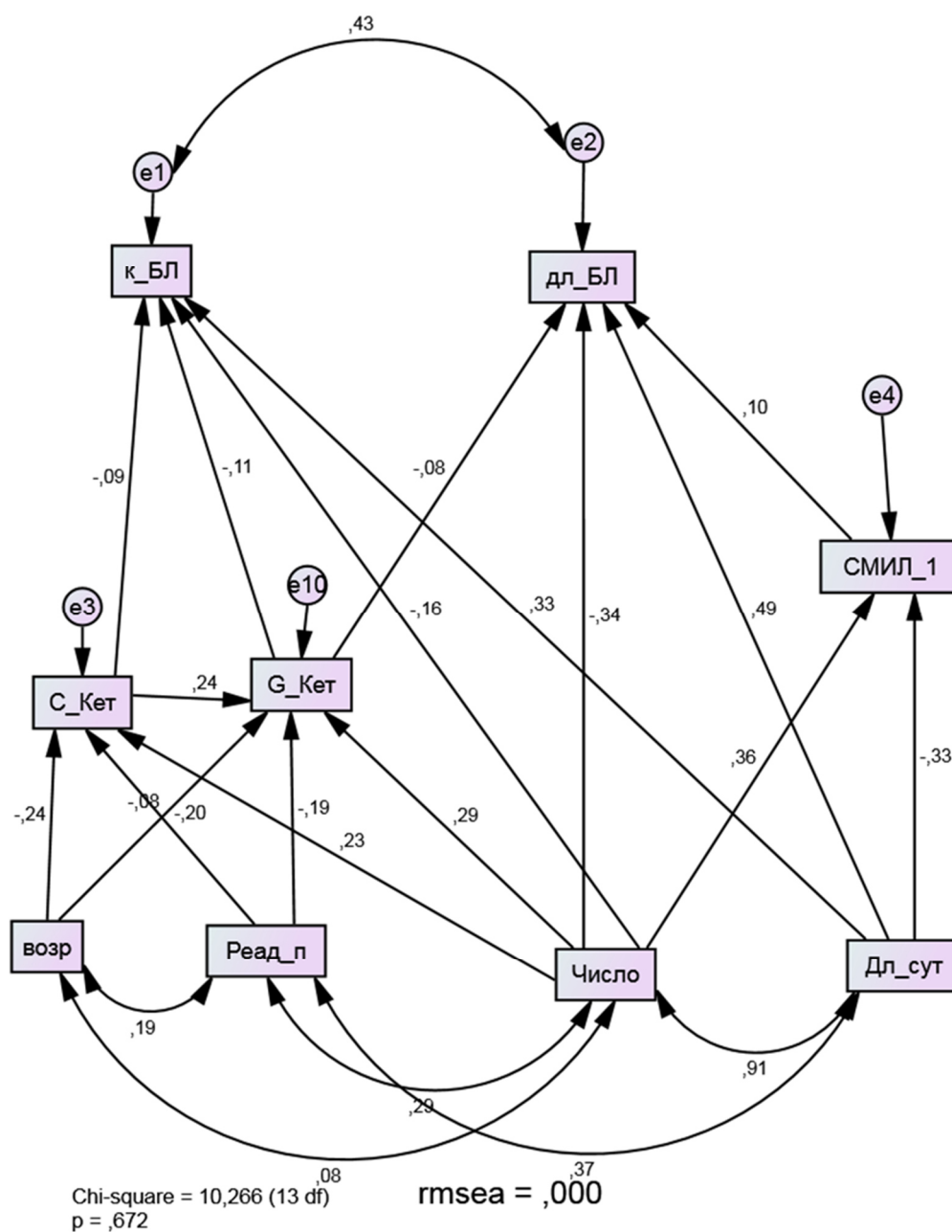
Продолжительность спецкомандировок косвенно детерминирует выраженность симптомов «гиперактивации» ПТСР через фактор С 16-ФЛО (медиатор 1-го

порядка) и факторы А, О, Q₄ 16-ФЛО (медиаторы 2-го порядка). С увеличением длительности «боевого стажа» у комбатантов повышается эмоциональная устойчивость, реалистичность (0,26; фактор С 16-ФЛО), спокойствие, уверенность в собственных силах (-0,48; фактор О, 16-ФЛО), невозмутимость, расслабленность (-0,19; Q₄ 16-ФЛО), готовность к сотрудничеству, общительность (0,20; фактор А, 16-ФЛО), что способствует оптимальному возбуждению вегетативной нервной системы и отсутствию непродуктивной психической напряженности (0,22; СО, тест Люшера).

Таким образом, риск развития и выраженность симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, которые испытывают чувство вины, отличаются тревожно-депрессивным фоном настроения, замкнутостью (шизотимией), фрустрационной напряженностью, эмоциональной лабильностью, импульсивностью и затрудненным волевым самоконтролем.

Симптомы «гиперактивации» ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, спокойных, смелых, волевых, невозмутимых, уверенных в своих силах, умеющих контролировать эмоции и поведение, циклотимных комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют фрустрационная тревожность и чувство вины, а мотивы и цели интегрированы и не противоречат друг другу.

На рисунке 50 представлена структурная модель направленных связей динамических экзогенных переменных (возраста, числа и длительности спецкомандировок, периода реадaptации к мирной жизни) с чертами личности комбатантов ОВД, детерминирующих соматические последствия (частую и длительную заболеваемость) участия в КТО. Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 14$) равно 15,93, что значительно превышает 5 (предельно малое значение) [474].



Экзогенные переменные (динамические): «возр» – возраст; «Реад_п» – длительность периода реадaptации к мирной жизни; «Дл_сут» – длительность пребывания в зоне КТО, сутки; «число» – количество спецкомандировок. Эндогенные переменные (факторы): «С_Кет» – эмоциональная лабильность-стабильность (фактор 16-ФЛО); «G_Кет» – низкая-высокая нормативность поведения; «СМИЛ_1» – шкала невротического контроля (СМИЛ); «к_БЛ» – частота заболеваемости (количество случаев за год); «дл_БЛ» – длительность заболеваемости (суток за год); e1, e2, e3, e4, e10 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели).

Рисунок 50 – Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с чертами личности комбатантов ОВД и показателями соматической заболеваемости

Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 10,266$ ($df = 13$), $p = 0,672$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом знака стандартизированных регрессионных весов.

Как следует из структурной модели (см. рисунок 50), динамические экзогенные переменные – возраст, частота, длительность участия в спецоперациях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни (объединенные между собой ковариационными связями, описанными выше), детерминируют показатели соматической заболеваемости у комбатантов.

Возраст оказывает отрицательный косвенный эффект на частоту (-0,09) и длительность (-0,11) временной утраты трудоспособности через фактор С (медиатор 1 порядка) и фактор G 16-ФЛО (выступающий как медиатор 1 и 2 порядка). С возрастом усиливается эмоциональная лабильность (-0,24; фактор С 16-ФЛО) и снижается нормативность поведения (-0,08; фактор G 16-ФЛО), при этом, чем выше импульсивность, тем сильнее выражена склонность потворствовать своим желаниям, неорганизованность и безответственность в делах, уклонение от социальных норм (0,24). Часто болеют лица, неспособные выразить свои эмоции в социально-допустимой форме, раздражительные, нетерпеливые, с низкой толерантностью к фрустрирующим ситуациям (-0,09; фактор С 16-ФЛО). Комбатанты ОВД, склонные к непостоянству, лени, недобросовестности, не прилагающие усилий к выполнению социальных требований и моральных норм (фактор G 16-ФЛО), утрачивают трудоспособность часто (-0,11) и на длительный срок (-0,08). Причиной этого, возможно, являются не столько соматические проблемы, сколько попытка уклониться от ответственности и выполнения служебных обязанностей.

В отдаленном периоде реадaptации наблюдаются аналогичные эффекты: многократно утрачивают трудоспособность (-0,09) эмоционально неустойчивые, импульсивные (-0,20; фактор С 16-ФЛО) сотрудники ОВД, а лица с низкой нормативностью поведения (-0,19; фактор G 16-ФЛО) болеют часто (-0,11) и дли-

тельно (-0,08). В раннем периоде возвращения к мирной жизни редкая и непродолжительная заболеваемость наблюдается у эмоционально зрелых, выдержанных, реалистично воспринимающих действительность (-0,20; фактор С 16-ФЛО), добросовестных и ответственных (-0,19; фактор G 16-ФЛО) комбатантов.

Переменная «число командировок» оказывает косвенный эффект на частоту случаев временной утраты трудоспособности: медиаторами этого эффекта являются факторы С и G 16-ФЛО. У комбатантов, часто участвовавших в боевых спецоперациях, повышается эмоциональная устойчивость (0,23) и нормативность поведения (0,29), что способствует редкой заболеваемости (-0,09 и -0,11).

Кроме этого, многократные выезды в зону проведения КТО могут оказывать как прямой отрицательный эффект на длительность (-0,34) и частоту (-0,16) утраты трудоспособности, так и косвенно положительно влиять на продолжительность заболеваемости через переменную «СМИЛ_1» (медиатор 1 порядка). Длительность участия в боевых действиях оказывает прямой положительный эффект на показатели заболеваемости (0,33; «количество случаев/год»; 0,49; «длительность утраты трудоспособности, суток/год»), а также косвенно отрицательно влияет на продолжительность нетрудоспособности через переменную «невротический контроль» (медиатор 1 порядка).

В условиях редких, но длительных командировок повышаются показатели заболеваемости. У части комбатантов, выезжавших в зону КТО многократно, но на короткий срок, адаптация к экстремальной деятельности не вызывает негативных соматических сдвигов, вероятно, вследствие успешно реализуемого эмоционально-поведенческого субсиндрома противодействия кратковременному стрессу (стрессовый кризис первого ранга по Л.А. Китаеву-Смыку).

Однако у лиц с преморбидно выраженными невротическими чертами (подавление спонтанных реакций, фиксированность на своем самочувствии и состоянии, склонность к ипохондрии и др.), на фоне частых (0,36) и непродолжительных (-0,33) спецкомандировок, происходит усиление невротического контроля и увеличение длительности заболеваемости (0,10). Возможно, в этом случае эмоционально-поведенческая активность сменяется вегетативной, превентивно-

защитной (стрессовый кризис второго ранга по Л.А. Китаеву Смыку) и происходит трансформация эмоциональной напряженности в соматические нарушения («соматизация тревоги», стрессовый кризис третьего ранга по Л.А. Китаеву Смыку).

Таким образом, частая и длительная утрата трудоспособности наблюдается после однократной краткосрочной командировки в зону КТО, в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у комбатантов зрелого возраста, отличающихся эмоциональной лабильностью, импульсивностью, невротическим сверхконтролем и низкой нормативностью поведения.

Редкая и непродолжительная заболеваемость отмечается в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, ответственных, добросовестных, следующих моральным нормам комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют эмоциональная напряженность и ипохондрические черты личности.

В итоге наше исследование подтвердило гипотезу, что предикторами ПТСР, отдельных посттравматических симптомов и соматической заболеваемости являются возраст комбатантов, продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, частота и длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта. При этом отдельные личностные особенности участников КТО играют роль посредников, способных усилить или ослабить негативное влияние экзогенных факторов.

Возраст может как непосредственно увеличивать степень тяжести ПТСР, так и косвенно влиять на его выраженность через усиление пессимистичности и социальной интровертированности личности.

Количество командировок в зону КТО оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность посттравматических симптомов и показателей соматической заболеваемости: у комбатантов ОВД, многократно участвовавших в спецоперациях, ниже уровень симптомов ПТСР, частоты и длительности нетрудоспособности, возможно, вследствие успешной адаптации к экстремальным условиям деятельности.

Длительность участия в боевых действиях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни непосредственно не детерминируют выраженность

ПТСР, опосредованно влияют на уровень посттравматических симптомов через ряд личностных черт.

Преморбидная демонстративность является ключевым фактором, препятствующим развитию ПТСР, а отсутствие у личности выраженных истероидных черт повышает риск возникновения тяжелых посттравматических нарушений.

Эмоциональная лабильность является стержневым личностным свойством, детерминирующим выраженность отдельных симптомов ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации») и частоту соматической заболеваемости.

Чувство вины, тревожность (личностная или ситуативная, вследствие постоянной антиципации угрозы) и низкий волевой самоконтроль усугубляют симптомы «вторжения» и физиологической гипервозбудимости у комбатантов.

Социальная интроверсия, гипотимия, отчужденность и безразличие усиливают выраженность ПТСР и его отдельных симптомов («вторжения», «избегания», «гиперактивации»).

Длительность заболеваемости увеличивается на фоне повышенного невротического контроля (преморбидной ипохондричности личности) и низкой нормативности поведения.

Риск нозологически выраженного ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократного, но длительного воздействия боевого стресса у социально интровертированных, пессимистичных комбатантов зрелого возраста, у которых минимально выражены демонстративные черты личности. Риск развития ПТСР минимален в раннем реадaptационном периоде после частых и краткосрочных командировок в зону КТО, у демонстративных, экстравертированных комбатантов молодого возраста.

Повышенный уровень симптомов «избегания» ПТСР наблюдается в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у эмоционально лабильных, скрытных (шизотимных) комбатантов зрелого возраста, однократно и кратковременно участвовавших в боевых действиях. Симптомы «избегания» ПТСР не выражены в раннем реадaptационном периоде после частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых и циклотимных комбатантов молодого возраста.

Риск выраженных симптомов «вторжения» и «гипервозбудимости» ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки в зону КТО у эмоционально лабильных, замкнутых комбатантов зрелого возраста, с низким волевым самоконтролем, испытывающих чувство вины и фрустрационной тревожности. Симптомы «вторжения» и «гиперактивации» ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, умеющих контролировать эмоции и поведение, циклотимных комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют фрустрационная тревожность и чувство вины, а мотивы и цели интегрированы и не противоречат друг другу.

Риск частой и длительной заболеваемости выше в отдаленном периоде реадaptации, после однократной длительной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, отличающихся эмоциональной лабильностью и низкой нормативностью поведения. В условиях частых и непродолжительных спецкомандировок длительно болеют лица с преморбидно выраженными невротическими чертами личности.

Редкая и непродолжительная заболеваемость отмечается в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, ответственных, следующих моральным нормам комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют эмоциональная напряженность и ипохондрические черты личности.

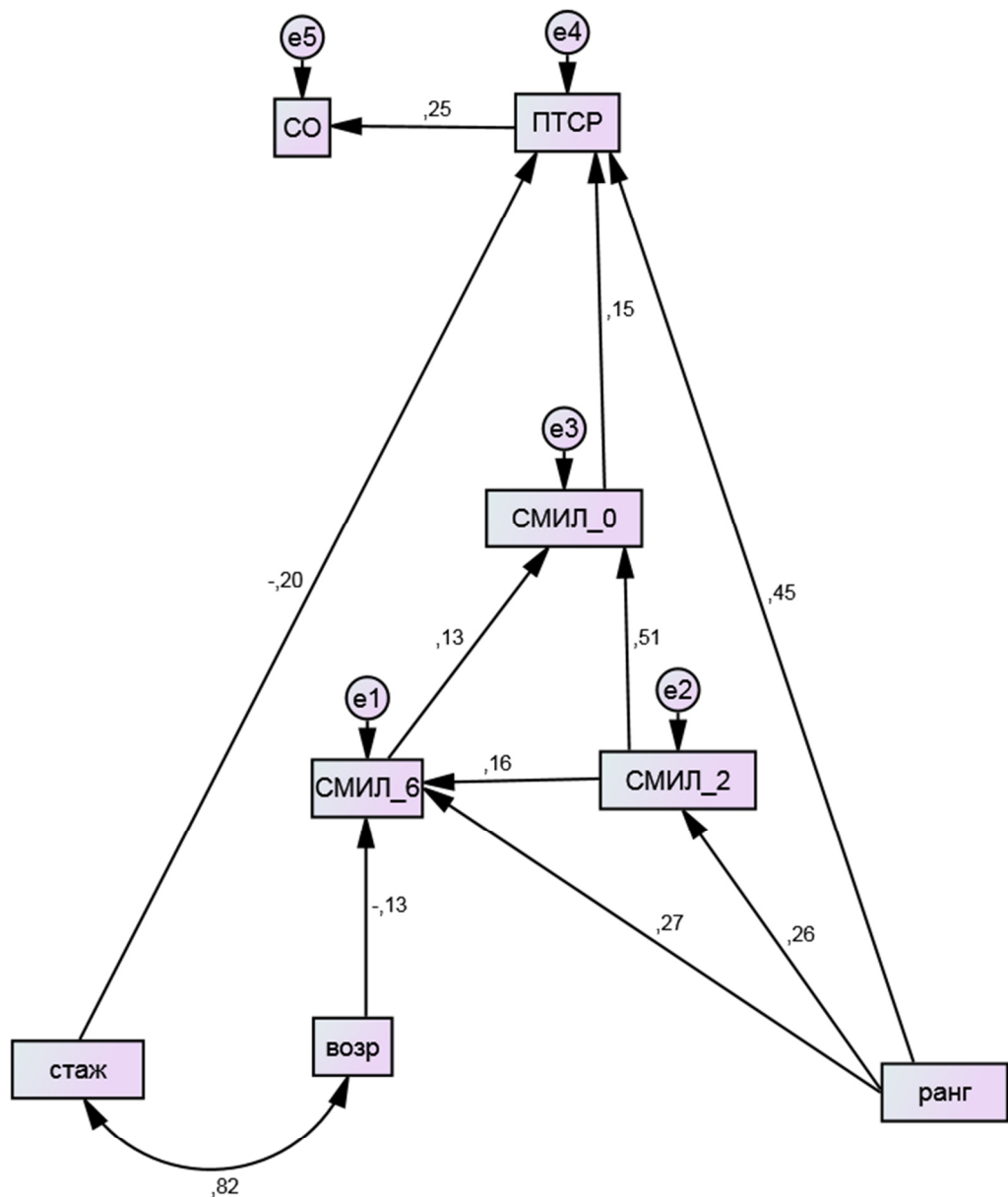
6.2 Структурные модели личностных изменений и соматической заболеваемости сотрудников ФПС МЧС России

Результаты описательной статистики, сравнительного, корреляционного и регрессионного анализа, теоретические представления о механизмах развития ПТСР, посттравматических личностных изменениях и о том, что психологические последствия длительной пожарно-спасательной деятельности обусловлены влиянием временных (динамических) переменных и профессиональных факторов риска, которые могут действовать совместно и отдельно, определили дальнейшую логику исследования и позволили создать структурные модели личностных изменений сотрудников ФПС МЧС России.

Гипотеза исследования: прогностическими факторами (предикторами) степени тяжести ПТСР и соматических последствий длительной профессиональной деятельности являются возраст, стаж и периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, при этом роль медиаторов (посредников) играют личностные особенности сотрудников ФПС МЧС России.

Объект исследования: мужчины ($n = 231$) – сотрудники ФПС МЧС России в возрасте ($30,5 \pm 6,5$) лет, средний стаж службы в МЧС ($7,9 \pm 4,9$) лет; участвовавшие в ликвидации пожаров различного ранга сложности.

В качестве основного метода анализа данных применялось моделирование структурными уравнениями (SEM – Structural Equations Modeling) с помощью статистического пакета «SPSS Statistics ver. 22.0» в модуле AMOS (Analysis of Moment Structures – анализ структур моментов). В результате разработана структурная модель (модель путей) направленных (причинно-следственных) связей экзогенных переменных с психологическими особенностями личности, которые обуславливают клинически развернутую картину ПТСР у сотрудников ФПС МЧС России с различной продолжительностью и сложностью выполняемой деятельности (рисунок 51).



Chi-square = 15,299 (17 df)
p = ,574

rmsea = ,000

Экзогенные переменные: «возр» – возраст; «стаж» – продолжительность профессиональной деятельности; «ранг» – частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Эндогенные переменные (шкалы СМЛ): «СМЛ_2» – пессимистичности; «СМЛ_6» – ригидности; «СМЛ_0» – социальной интроверсии; «СО» – суммарное отклонение (тест М. Люшера); «ПТСР» – посттравматическое стрессовое расстройство (ОТС И.О. Котенева); e1, e2, e3, e4, e5 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели)

Рисунок 51 – Структурная модель взаимосвязи возраста, стажа и сложности профессиональной деятельности с личностными особенностями и ПТСР

Согласно патоцентрическому подходу к психическому здоровью, предполагается, что тест СМИЛ, являясь клиническим опросником, выявляет характерологические особенности личности (факторы риска), способные повлиять на возникновение и степень тяжести клинически выраженного ПТСР. Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 231$) и числа оцениваемых параметров ($T = 13$) равно 17,77, что значительно превышает 5 (предельно малое значение) [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 15,299$ ($df = 17$), $p = 0,574$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом стандартизированных регрессионных весов, отражающих направленность и силу эффекта влияния одной переменной на другую, а также принимая во внимание не только наличие, но и отсутствие связей между переменными.

Как следует из структурной модели (см. рисунок 51), у сотрудников ФПС МЧС России предикторами возникновения ПТСР являются изменяющиеся во времени экзогенные переменные – возраст, стаж службы в МЧС (объединенные между собой ковариационными связями) и частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Положительная значимая ковариация означает, что с возрастом увеличивается длительность профессионального стажа (0,82), однако это не приводит к закономерному увеличению количества столкновений с психотравмирующими факторами пожарно-спасательной деятельности (связь между переменными «стаж – ранг пожара» зафиксирована как равная нулю). При этом стаж службы в МЧС оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность ПТСР (-0,20), а возраст лишь косвенно детерминирует степень тяжести ПТСР через эндогенные переменные – преморбидные личностные особенности: ригидность (медиатор 1-го порядка) и социальную интроверсию (медиатор 2-го порядка).

У части сотрудников ФПС МЧС с длительным стажем службы наблюдается низкий уровень симптомов ПТСР (-0,20) и психической напряженности (-0,25; СО, тест Люшера), возможно, вследствие их высокого профессионализма и успешной адаптации к пожарно-спасательной деятельности. Отсутствию посттравматической симптоматики (0,15) у опытных профессионалов зрелого возраста способствуют: высокая подвижность нервных процессов, переключаемость, гибкость мышления, мобильность поведения и стилей деятельности (-0,13; низкая 6-я шкала СМИЛ), а также социальная экстравертированность личности (0,13; низкая 0-я шкала СМИЛ). Высокий риск развития ПТСР (0,15) в молодом возрасте обусловлен преморбидно выраженной ригидностью (-0,13; высокая 6-я шкала СМИЛ), усугубляющей проявления социальной интроверсии (0,13; повышенная 0-я шкала СМИЛ). Модель подтверждает, что диспозиция в виде тугоподвижности нервных процессов, ригидности мышления и установок способствует кумуляции негативного опыта, затрудняя межличностное взаимодействие, усиливая замкнутость, инертность личности, симптомы ПТСР и психическую напряженность.

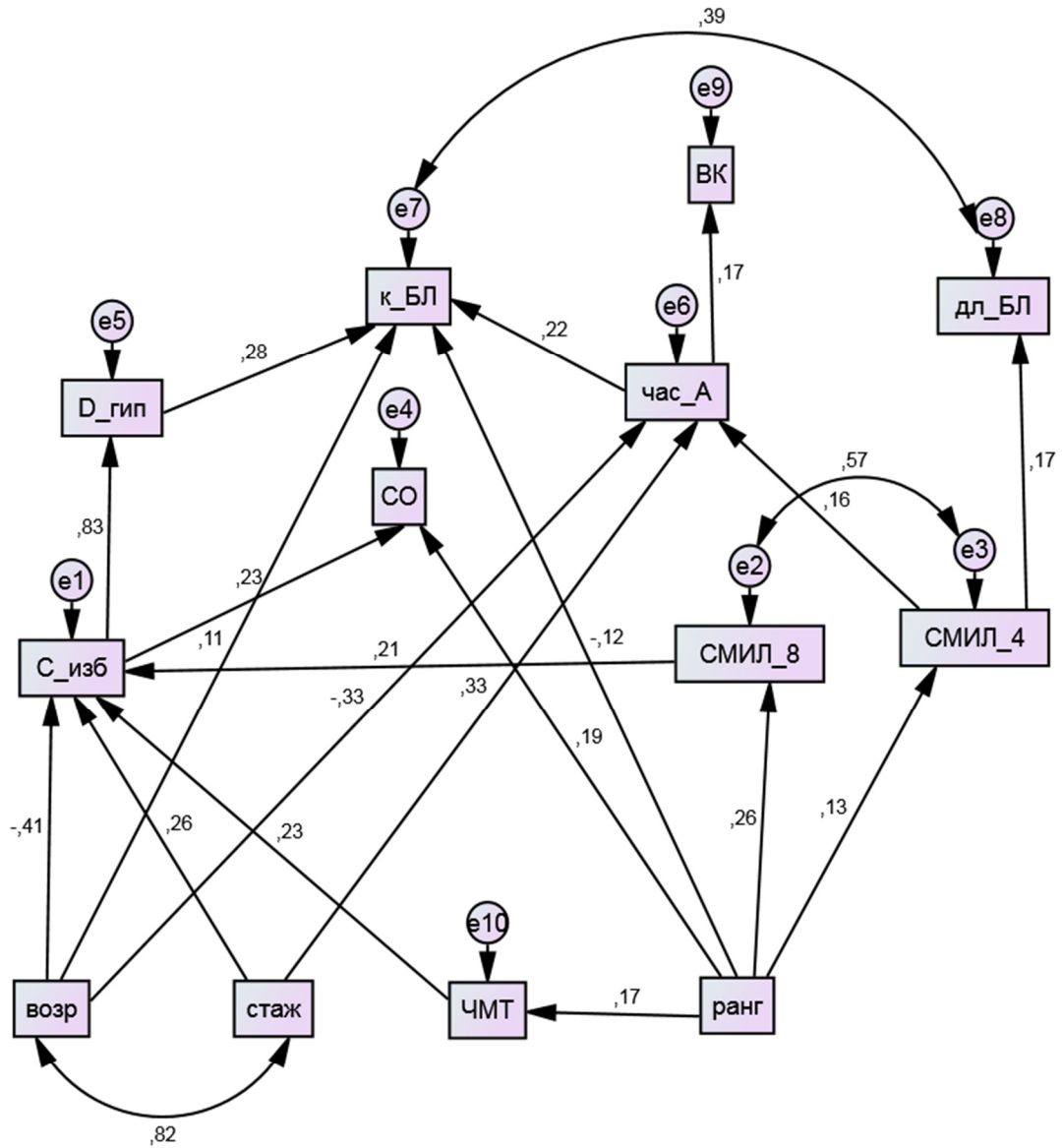
Многочисленное участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности оказывает прямой положительный эффект на степень выраженности посттравматических симптомов (0,45), вне зависимости от возраста и стажа службы сотрудников МЧС, а также косвенно влияет на степень тяжести ПТСР через личностные диспозиции: пессимистичность, ригидность (медиаторы 1-го порядка) и социальную интроверсию (медиатор 2-го порядка). Столкновение с экстремальными факторами профессиональной деятельности, гибелью и ранением пострадавших приводит к усилению пессимизма (0,26; переменная «СМИЛ_2»), ригидных личностных свойств и стеничных установок (0,27; «СМИЛ_6»), причем, чем выше уровень гипотимических проявлений, тем сильнее выражена склонность к «застреванию» на негативных эмоциях (0,16). Ригидность является ключевым медиатором, способствующим развитию ПТСР у сотрудников ФПС МЧС России молодого возраста, часто участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. В условиях психотравмирующей ситуации наличие «застревающей» акцентуации (6-я шкала СМИЛ ≥ 70 Т-баллов) повышает риск дезадаптации эксплозивного

типа. Личностная дисгармония способствует сужению сферы межличностных контактов (0,51; «СМИЛ_0»), усугубляя симптомы посттравматического стрессового расстройства (0,15) и непродуктивную напряженность (0,25; СО, тест Люшера).

Таким образом, риск нозологически выраженного ПТСР выше у ригидных, пессимистичных, социально интровертированных сотрудников ФПС МЧС России молодого возраста, часто участвующих в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Риск развития ПТСР ниже у опытных сотрудников ФПС МЧС зрелого возраста, отличающихся лабильностью нервных процессов, гибкостью мышления и личностных установок, социальной экстравертированностью, открытостью и непосредственностью.

На рисунке 52 представлена структурная модель направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных (возраст, стаж службы в МЧС, частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности) с чертами личности сотрудников МЧС, детерминирующих соматические последствия пожарно-спасательной деятельности (частую и длительную заболеваемость, черепно-мозговые травмы, употребление алкоголя).

Все изучаемые показатели относились к интервальному уровню измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML). Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 231$) и числа оцениваемых параметров ($T = 23$) равно 10,04, что превышает 5 (предельно малое значение) [474]. Индексы согласованности показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 54,947$ ($df = 56$), $p = 0,515$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям. Это подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать с учетом стандартизированных регрессионных весов, наличия и отсутствия связей между переменными.



Chi-square = 54,947 (56 df)
p = ,515

rmsea = ,000

Динамические (экзогенные) переменные: «возр» – возраст; «стаж» – продолжительность служебной деятельности; «ранг» – частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Эндогенные переменные (шкалы СМИЛ): «СМИЛ_4» – импульсивности; «СМИЛ_8» – индивидуалистичности; «С_изб» – симптомы «избегания» ПТСР; «Д_гип» – симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (тест И.О. Котенева); «час_А» – частота употребления алкоголя; «ЧМТ» – черепно-мозговые травмы; «СО» – суммарное отклонение; «ВК» – вегетативный коэффициент (тест М. Люшера); «к_БЛ» – частота заболеваемости (количество случаев за год); «дл_БЛ» – длительность заболеваемости (суток за год); e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7, e8, e9, e10 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели)

Рисунок 52 – Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с личностными особенностями сотрудников МЧС и показателями заболеваемости

Как следует из структурной модели (рисунок 52), динамические экзогенные переменные – возраст, стаж службы в МЧС (объединенные между собой ковариационными связями, описанными выше) и частота участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, детерминируют соматические последствия экстремальной деятельности пожарно-спасательного профиля.

Возраст оказывает как прямой (0,11; «к_БЛ»), так и косвенный эффект на частоту заболеваемости, медиаторами 1-го порядка являются периодичность употребления алкогольных напитков и симптомы «избегания», медиатором 2-го порядка – симптомы «гиперактивации» ПТСР. Следовательно, часто болеют в течение года сотрудники МЧС зрелого возраста (0,11), а также молодые (-0,33), систематически употребляющие алкоголь (0,22; «час_А») и склонные избегать стимулов, связанных с психотравмирующей ситуацией (-0,41; «С_изб»). На фоне симптомов «избегания» усиливается психическая напряженность (0,23; «СО»), гипербдительность, раздражительность, нарушения сна (0,83; «D_гип»), что способствует частой утрате трудоспособности (0,28; «к_БЛ»).

Профессиональный стаж службы в МЧС косвенно положительно влияет на частоту заболеваемости, медиаторами этого эффекта выступают симптомы ПТСР и систематичность употребления алкоголя. Многократно болеют в течение года сотрудники с длительным стажем (0,33), часто употребляющие алкогольные напитки (0,22; «час_А», медиатор 1 порядка) с целью снизить уровень избыточного возбуждения (0,17; «ВК»). Часто утрачивают трудоспособность (0,28) опытные сотрудники, у которых отмечается высокий уровень симптомов «избегания» (0,26; «С_изб», медиатор 1 порядка), способствующий нарастанию психической напряженности (0,23; «СО»), раздражительности, трудностей с засыпанием и сосредоточением внимания (0,83; «D_гип», медиатор 2 порядка).

Многократное участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности у части сотрудников ФПС МЧС оказывает прямой отрицательный эффект (-0,12) на частоту заболеваемости, возможно, вследствие их высокого профессионализма и успешной адаптации к пожарно-спасательной деятельности, не затрагивающей соматический уровень. Однако переменная «ранг сложности пожара» опосредованно

положительно влияет на частоту и длительность временной утраты трудоспособности через эндогенные медиаторы: преморбидные личностные особенности (импульсивность, индивидуалистичность), наличие черепно-мозговых травм (ЧМТ), симптомов ПТСР, систематичность употребления алкоголя. При тушении большой площади горения или ликвидации пожара в тесном пространстве морских и речных судов (ранг сложности № 3-5) сотрудники ФПС МЧС сталкиваются с угрозой жизни и здоровью, большими психофизическими нагрузками, что повышает психическую напряженность (0,19; «СО») и опасность получения травм (0,17; ЧМТ). На фоне ЧМТ (медиатор 1 порядка) усиливаются симптомы «избегания» (0,23; «С_изб», медиатор 2 порядка), непродуктивная психическая напряженность (0,23; «СО») и симптомы физиологической гипервозбудимости ПТСР (0,83; «D_гип», медиатор 3 порядка), что способствует частой утрате трудоспособности (0,28; «к_БЛ»).

Многократное воздействие профессиональных стресс-факторов усугубляет преморбидно выраженную индивидуалистичность личности (0,26; «СМИЛ_8», медиатор 1 порядка): эмоциональную отстраненность, субъективизм, избирательность в контактах, актуализирует защитный механизм интеллектуальной трансформации тревоги с уходом в ирреальный мир фантазий, который способствует избеганию стимулов, ассоциированных с психической травмой (0,21; «С_изб», медиатор 2 порядка). На фоне симптомов «избегания» ПТСР усиливается психическая напряженность (0,23; «СО») и возрастает физиологическое возбуждение (0,83; «D_гип», медиатор 3 порядка), что способствует частой заболеваемости (0,28).

Неоднократное участие в ликвидации сложных пожаров усугубляет импульсивность, склонность к эксплозивным реакциям (0,13; «СМИЛ_4», медиатор 1-го порядка), способствуя пристрастию к алкоголю (0,16; «час_А», медиатор 2-го порядка), который используется, вероятно, в качестве седативного средства на фоне избыточного возбуждения (0,17; «ВК»). Совокупность этих факторов приводит к увеличению частоты заболеваемости (0,22). Кроме этого, переменная «ранг пожара» опосредованно детерминирует длительность временной утраты трудоспособности (0,17) через усиление импульсивности (0,13). Возможным объяснением этого факта служит предположение, что неконформизм, характерный для возбудимой акценту-

ации (в данном случае отрицание авторитета врача), а также анозогнозия (непризнание себя больным, желание «полечиться своими средствами») способствуют нарушению лечебного режима и врачебных рекомендаций, что удлиняет сроки выздоровления. На фоне высокой активности, мотивации достижения, свойственной импульсивным личностям, также вероятен эргопатический вариант реагирования на заболевание («уход от болезни в работу»), при котором не выдерживаются сроки постельного режима и отрицается необходимость приема лекарств, что утяжеляет состояние и пролонгирует период временной нетрудоспособности.

Риск частой и длительной заболеваемости выше у импульсивных, индивидуалистичных сотрудников ФПС МЧС (вне зависимости от их возраста), многократно принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, у которых наблюдаются выраженные симптомы «избегания» и «гиперактивации» ПТСР, ЧМТ и склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков.

Таким образом, наше исследование подтвердило гипотезу, что предикторами ПТСР и соматической заболеваемости сотрудников ФПС МЧС России являются возраст, стаж и периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, при этом отдельные личностные особенности играют роль посредников, способных усилить или ослабить негативное влияние экзогенных факторов.

Длительный стаж профессиональной деятельности, а также многократное участие в ликвидации сложных пожаров у части сотрудников ФПС МЧС не приводит к появлению ПТСР и увеличению частоты соматической заболеваемости, возможно, вследствие их высокого профессионализма и успешной адаптации к экстремальным условиям деятельности.

Повышенный ранг сложности тушения пожара является непосредственным фактором риска развития ПТСР, а также косвенно усугубляет его выраженность через преморбидные личностные особенности (ригидность, пессимистичность, социальную интроверсию). Профессиональные стресс-факторы также оказывают косвенный положительный эффект на частоту и длительность утраты трудоспособности сотрудников ФПС МЧС через эндогенные медиаторы: импульсивность, индивидуалистичность и наличие ЧМТ.

Возраст непосредственно не влияет на возникновение ПТСР у сотрудников ФПС МЧС, однако косвенно детерминирует его выраженность через ряд личностных черт (ригидность, социальную интроверсию).

Риск нозологически выраженного ПТСР выше у ригидных, пессимистичных, социально интровертированных сотрудников ФПС МЧС России молодого возраста, часто участвующих в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Риск развития ПТСР ниже у опытных сотрудников ФПС МЧС зрелого возраста, отличающихся лабильностью нервных процессов, гибкостью мышления и личностных установок, социальной экстравертированностью, открытостью и непосредственностью.

Симптомы «избегания» и физиологической гипервозбудимости ПТСР, а также склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков способствуют частой утрате трудоспособности, как у лиц зрелого возраста с длительным профессиональным стажем, так и у молодых сотрудников ФПС МЧС.

Преморбидно выраженная импульсивность является стержневым личностным свойством, способствующим усилению алкогольной зависимости, частоты и длительности утраты трудоспособности у сотрудников ФПС МЧС России, многократно участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Индивидуалистичность и наличие ЧМТ является ключевым фактором, детерминирующим выраженность отдельных симптомов ПТСР («избегания», «гиперактивации») и частоту соматической заболеваемости.

Риск частой и длительной заболеваемости выше у импульсивных, индивидуалистичных сотрудников ФПС МЧС (вне зависимости от их возраста), принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, у которых наблюдаются выраженные симптомы «избегания» и физиологической гипервозбудимости ПТСР, ЧМТ и склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков.

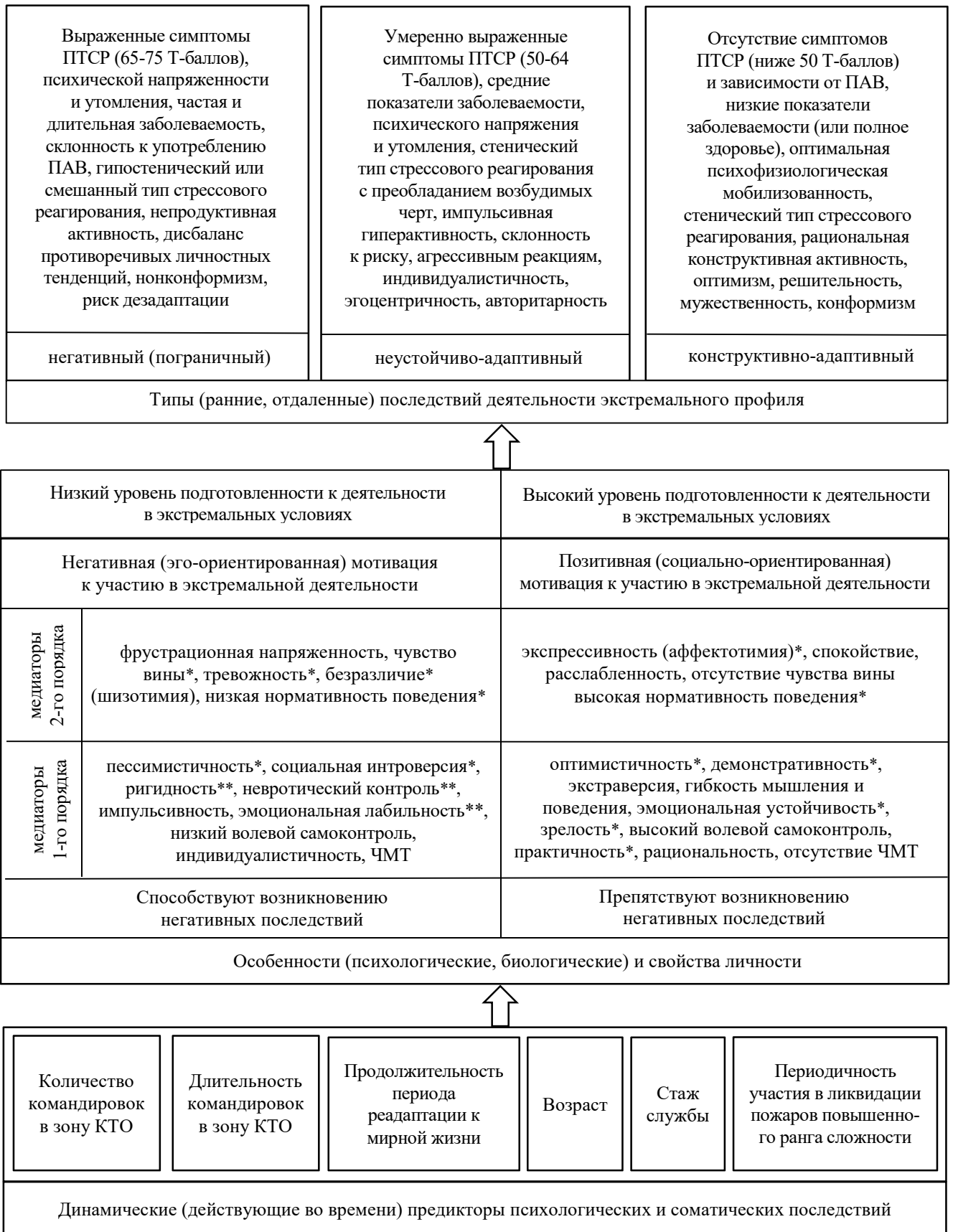
6.3 Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля

Результаты одномерных (описательной статистики, сравнительного анализа по параметрическим и непараметрическим критериям, корреляционного анализа) и многомерных методов обработки эмпирических данных (множественного регрессионного, иерархического кластерного анализа, моделирования структурными уравнениями), позволили обобщить эмпирический материал и создать структурно-динамическую модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля (рисунок 53).

Структурно-динамическая модель состоит из трех компонентов (блоков):

1-й блок («временные предикторы») – в нижней части модели показаны динамически действующие во времени прогностические факторы (предикторы) психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля: частота (общее количество спецкомандировок) и длительность участия в проведении КТО, продолжительность стажа службы и периода реадaptации к мирной жизни, возраст сотрудников ОВД и МЧС, периодичность (частота) участия в ликвидации пожаров повышенного (№ 3-5) ранга сложности. Динамические переменные могут как непосредственно детерминировать степень выраженности ПТСР, его отдельных симптомов и показателей соматической заболеваемости (прямой эффект), так и оказывать опосредованное влияние (косвенный эффект) через эндогенные медиаторы – преморбидные личностные особенности;

2-й блок – «особенности (психологические, биологические) и свойства личности» – включает характерологические особенности специалистов, а также наличие у них черепно-мозговых травм (выступающих в качестве органической почвы для психических изменений), играющие роль посредников (медиаторов) влияния динамически действующих факторов на тип психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля: вероятность возникновения и степень выраженности ПТСР, показателей соматической заболеваемости, негативного психического состояния и личностных изменений.



* - прогредиентный характер изменений
 ** - интермиттирующий характер изменений

Рисунок 53 – Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля

Важной составляющей этого блока является мотивационный компонент (эго-ориентированная или социально-ориентированная мотивация личности к участию в опасной для жизни и здоровья деятельности), а также степень подготовленности (психологической, физической, профессиональной) к действиям в экстремальных условиях. Способствуют возникновению негативных последствий:

1) медиаторы 1-го порядка – личностные особенности, непосредственно усиливающиеся (или возникающие) под воздействием динамически действующих предикторов (пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность, низкий волевой самоконтроль эмоций и поведения, индивидуалистичность), а также черепно-мозговые травмы (ЧМТ), выступающие в качестве органической основы неврологических, эндокринных, вегетативных и психических дисфункций;

2) медиаторы 2-го порядка, усугубляющиеся или возникающие под влиянием медиаторов 1-го порядка (фрустрационная напряженность, чувство вины, тревожность, безразличие (шизотимия), низкая нормативность поведения) и обеспечивающие, в совокупности с медиаторами 1-го порядка, косвенный эффект влияния прогностических факторов;

3) негативная (эго-ориентированная) мотивация к участию в экстремальной деятельности, в основе которой лежат индивидуально-ориентированные физиологические и утилитарные потребности, а также потребность в безопасности, самоутверждении или пассивная жизненная позиция (уход от жизненных проблем). Такая мотивационная направленность обуславливает высокий риск собственной неосторожности, утраты здоровья или жизни, может привести к потерям личного состава в экстремальных условиях, а также стать источником проблем в совместной (групповой) деятельности (при неадекватных, хаотичных действиях, безответственности, трусости и др.);

4) недостаточный уровень подготовленности личности (профессиональной, физической и психологической) к действиям в экстремальных условиях.

Препятствуют возникновению негативных последствий:

1) медиаторы 1-го порядка: оптимистичность, экстраверсия, гибкость мышления и поведения, демонстративность, эмоциональная устойчивость (зрелость), высокий волевой самоконтроль, интегрированность (непротиворечивость) мотивов и целей, практичность, рациональность в решении проблем, отсутствие в анамнезе ЧМТ;

2) медиаторы 2-го порядка: общительность, готовность к сотрудничеству (аффекотимия), спокойствие, невозмутимость, расслабленность, отсутствие чувства вины, высокая нормативность поведения;

3) позитивная (социально-ориентированная) мотивация к участию в экстремальной деятельности основывается на потребностях высшего порядка (в уважении, принадлежности, чувстве долга, помощи людям, познании нового, самореализации, любви к профессии и др.), что повышает эффективность выполнения служебно-боевых задач и приводит к конструктивно-позитивным последствиям;

4) высокий уровень подготовленности (профессиональной, физической и психологической) к действиям в экстремальных условиях.

3-й блок («типы последствий») отражает три типа психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля, возникающих как в ранний (до 1 года), так и отдаленный (более 1 года) периоды. В качестве одного из критериев отнесения к выделенным типам использовались уровни выраженности ПТСР (отдельных симптомов и итоговых интегральных показателей), так как в большинстве выборок момент обследования был отсрочен от первого воздействия травматического стресса (психотравмы) более чем на 3 месяца.

Конструктивно-адаптивный тип последствий характеризуется отсутствием симптомов ПТСР (уровень ниже 50 Т-баллов) и зависимости от ПАВ, низкими показателями заболеваемости (полным здоровьем или отсутствием динамических сдвигов от исходного уровня частоты и длительности временной утраты трудоспособности), оптимальной психофизиологической мобилизованностью, стеническим типом стрессового реагирования, рациональной конструктивной активностью, оптимизмом, решительностью, мужественностью, конформизмом. Вероятно, конструктивное стрессовое реагирование явилось результатом успешной про-

фессиональной адаптации наиболее подготовленных сотрудников МВД и МЧС, которые не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют первой группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Неустойчиво-адаптивный тип отличается умеренно выраженными симптомами ПТСР (50-64 Т-баллов), средними показателями заболеваемости, психического напряжения, утомления и дистресса, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт (импульсивной гиперактивностью, склонностью к риску, агрессивным реакциям), индивидуалистичностью, эгоцентричностью, авторитарностью. Адаптация достигается сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов, мобилизацией ресурсов и защитных механизмов, однако в условиях длительно действующих профессиональных стресс-факторов существует риск перехода в группу пограничных последствий и развития функциональных соматических нарушений. Наличие отдельных симптомов ПТСР и признаков личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести таких лиц ко второй группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Негативный (пограничный) тип последствий отличается выраженными симптомами ПТСР (65-75 Т-баллов), психической напряженности и утомления, частой и длительной заболеваемостью, склонностью к употреблению психоактивных веществ (ПАВ – алкогольных напитков, никотина), гипостеническим (тормозимым) или смешанным типом стрессового реагирования с конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных свойств, нонконформизмом. В экстремальной обстановке высока вероятность лихорадочной эмоционально-двигательной активности с паническими реакциями или пассивного стрессового реагирования с депрессивными переживаниями. В постреактивный период возможны срыв деятельности и дезадаптация (в виде психопатического, неврастенического, психосоматического вариантов, выраженной зависимости от ПАВ, суицидального риска). Наличие перманентно сохраняющихся донозологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, несовер-

шенная социальная адаптация позволили предположить пограничный диапазон личностных изменений таких сотрудников, соответствующий третьей группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

Таким образом, типы психологических и соматических последствий воздействия на специалистов профессий экстремального профиля стрессоров высокой интенсивности, разной степени сложности и длительности проявляются в виде донологических форм (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных и пограничных), которые отражают различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

Предикторами выделенных типов последствий являются динамические (действующие во времени) переменные (возраст, длительность профессионального стажа, периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, продолжительность пребывания в зоне КТО и периода реадаптации к мирной жизни), которые могут действовать совместно и отдельно, оказывая как прямой, так и косвенный эффект на выраженность психологических и соматических изменений. Преморбидные личностные особенности профессионального контингента, мотивы выбора профессии пожарно-спасательного профиля и участия в КТО (эго-ориентированные или социально-ориентированные), а также уровень подготовленности к деятельности в экстремальных условиях могут оказывать модифицирующее воздействие на психологические и соматические последствия деятельности экстремального профиля.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

Приступая к обсуждению полученных результатов следует отметить, что метод моделирования структурными уравнениями (SEM) активно применяется в зарубежных исследованиях с 1990-х годов прошлого века, однако в нашей стране он пока не получил широкого распространения в гуманитарных дисциплинах, несмотря на широкий круг решаемых с его помощью задач. Тем не менее, в отечественной психологии в последние годы отмечается рост популярности структурного моделирования как исследовательского метода. В научной литературе встречаются публикации, основанные на анализе структурных моделей в рамках общей, педагогической, организационной, спортивной, возрастной и медицинской психологии [74, 266, 267, 268, 381, 318], а также в психологии обеспечения профессиональной деятельности [238, 251]. При этом SEM ранее не использовался для создания структурно-динамической модели личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля.

В нашем исследовании с помощью метода моделирования структурными уравнениями были построены структурные модели причинно-следственных связей динамических экзогенных переменных с психологическими особенностями личности специалистов профессий экстремального профиля, которые обуславливают возникновение и степень выраженности ПТСР, его отдельных симптомов, частоты и длительности временной утраты трудоспособности.

Модели подтвердили, что предикторами ПТСР, отдельных посттравматических симптомов и показателей соматической заболеваемости у комбатантов ОВД и ОМОН ($n = 223$) являются возраст, продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, частота и длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта, при этом отдельные личностные особенности участников КТО играют роль посредников, способных усилить или ослабить негативное влияние экзогенных факторов.

Возраст может как непосредственно увеличивать степень тяжести ПТСР, так и косвенно влиять на его выраженность через усиление пессимистичности и социальной интровертированности личности.

Количество командировок в зону КТО оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность посттравматических симптомов и показателей соматической заболеваемости: у комбатантов ОВД, многократно участвовавших в спецоперациях, ниже уровень симптомов ПТСР, частоты и длительности нетрудоспособности, возможно, вследствие успешной адаптации к экстремальным условиям деятельности.

Длительность участия в боевых действиях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни непосредственно не детерминируют выраженность ПТСР, но опосредованно влияют на уровень посттравматических симптомов через ряд личностных черт (социальную интроверсию, эмоциональную лабильность, демонстративность, волевой самоконтроль эмоций и поведения, замкнутость, тревожность, чувство вины).

Преморбидная демонстративность является ключевым фактором, препятствующим развитию ПТСР, а отсутствие у личности выраженных истероидных черт повышает риск возникновения тяжелых посттравматических нарушений. Эмоциональная лабильность является стержневым личностным свойством, детерминирующим выраженность отдельных симптомов ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации») и частоту соматической заболеваемости. Чувство вины, тревожность (личностная или ситуативная, вследствие постоянной антиципации угрозы) и низкий волевой самоконтроль усугубляют симптомы «вторжения» и физиологической гипервозбудимости. Пессимистичность, социальная интроверсия, отчужденность и безразличие усиливают выраженность ПТСР и его отдельных симптомов («вторжения», «избегания», «гиперактивации») у комбатантов ОВД.

Риск нозологически выраженного ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократного, но длительного воздействия боевого стресса у социально интровертированных, пессимистичных комбатантов ОВД зрелого возраста, у которых минимально выражены демонстративные черты личности. Риск развития ПТСР минимален в раннем реадaptационном периоде после частых и краткосрочных командировок в зону КТО, у демонстративных, экстравертированных комбатантов молодого возраста.

Повышенный уровень симптомов «избегания» ПТСР наблюдается в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у эмоционально лабильных, скрытных (шизотимных) комбатантов зрелого возраста, однократно и кратковременно участвовавших в боевых действиях. Симптомы «избегания» ПТСР не выражены в раннем реадaptационном периоде после частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, циклотимных комбатантов молодого возраста.

Риск выраженных симптомов «вторжения» и «гипервозбудимости» ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки в зону КТО у эмоционально лабильных, замкнутых комбатантов зрелого возраста, с низким волевым самоконтролем, испытывающих чувство вины и фрустрационной тревожности.

Симптомы «вторжения» и «гипервозбудимости» ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, умеющих контролировать эмоции и поведение, циклотимных комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют фрустрационная тревожность и чувство вины, а мотивы и цели интегрированы и не противоречат друг другу.

Длительность заболеваемости у комбатантов ОВД увеличивается на фоне повышенного невротического контроля (преморбидной ипохондричности личности) и низкой нормативности поведения. Риск частой и длительной заболеваемости выше в отдаленном периоде реадaptации, после однократной длительной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, отличающихся эмоциональной лабильностью и низкой нормативностью поведения. В условиях частых и непродолжительных спецкомандировок длительно болеют лица с преморбидно выраженными невротическими чертами личности. Редкая и непродолжительная заболеваемость отмечается в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок, у эмоционально устойчивых, ответственных, следующих моральным нормам комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют эмоциональная напряженность и ипохондрические черты личности.

В доступной литературе не удалось научных обнаружить работ, анализирующих структурные модели взаимосвязи динамически действующих переменных с

личностными особенностями и симптомами ПТСР. Однако Б.В. Дрига (2012) отмечает, что для решения экспертных задач при построении прогностических моделей ПТСР (на основе дискриминантного анализа) у ветеранов локальных войн определяющее значение имеют: возраст, наличие в анамнезе ЧМТ, клинический вариант ПТСР (тревожно-эксплозивный, диссоциативный или апатический), выраженность симптомов ПТСР («вторжения» и диссоциации), продолжительность службы в районе боевых действий и число боестолкновений [94]. Р.Г. Набиев (2015) выделяет три блока, участвующих в формировании ПТСР у сотрудников МВД: индивидуально-типологических особенностей (экстраверсия/интроверсия, нейротизм, фрустрация, агрессивность, ригидность, личностная тревожность), профессионального статуса (стаж службы, количество и продолжительность спецкомандировок), изменений функционирования состояния ЦНС [244].

Выявленные с помощью SEM взаимосвязи также подтверждаются исследованиями других авторов. По мнению Н.В. Тарабриной (2008), «высокий уровень посттравматического стресса тесно взаимосвязан с характеристиками психопатологической симптоматики, общим уровнем дистресса, показателями депрессивности, личностной тревожностью и возрастом, что позволяет рассматривать их в качестве симптомокомплекса, корреспондирующего с клинической картиной ПТСР» [354, С. 274]. По заключению Н.А. Куксовой (2003), преморбидные, конституционально-обусловленные психотипологические особенности военнослужащих имеют важное значение в генезе развития и тяжести протекания нервно-психических расстройств пограничного уровня после сочетанной боевой психической травмы [180]. С точки зрения М.Я. Тадевосян с соавт. (2011), преморбидная предрасположенность к ПТСР трактуется как личностная особенность [345]. На роль преморбидных личностных характеристик в качестве факторов риска развития ПТСР указывают также зарубежные авторы (M.J. Horowitz, D.S. Weiss, Ch. Marmar, 1987; M. Merbaum, A. Hefez) [464, 500]. Ch. Brewin и соавт. (2000) выявили три категории предикторов ПТСР: пол, возраст к моменту травматизации и этническую принадлежность [419]. По мнению Н. Hendlin, A. Haas (1991), чувство вины – наиболее значимый фактор суицидального риска [461], а участие в ситуациях насилия во время войны – предиктор,

как суицидов, так и тяжелых форм ПТСР [463]. И.В. Доровских с соавт. (2006) и А.С. Заковряшина с соавт. (2006) в качестве факторов риска развития неблагоприятных последствий боевой психической травмы выделяют: аффективное напряжение, импульсивность, высокую личностную тревожность и депрессию [93, 105]. Е.Г. Ичитовкина (2011) обнаружила, что преморбидная пессимистичность, невротизированность, эмоциональная лабильность, высокая личностная тревожность, интравертированность, ригидность, склонность к глубокому анализу травматических событий и «дискоммуникативность» являются факторами, способствующими формированию дезадаптации и ПТСР у комбатантов МВД [125]. На связь эмоциональной лабильности с негативными последствиями боевого стресса указывает также Н.В. Короткова (2000), которая считает, что отличительной особенностью лиц с «комбатантной акцентуацией» является заострение, в первую очередь, эмоциональных свойств личности (тревожности, эмоциональной лабильности, реактивности, возбудимости) и преимущественное использование неэффективной копинг-стратегии («избегание») [160]. Нами установлено, что в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у комбатантов ОВД усиливается эмоциональная лабильность, замкнутость и отчужденность, усугубляющие симптомы «избегания». Возможно, данный факт отражает стремление к психологической изоляции, а также чувство «отсутствия будущего». Данные результаты подтверждаются исследованиями Е.А. Миско (2002), которая указывает, что планирование будущего после боевой психической травмы (независимо от ее тяжести) предвосхищает и прогнозирует угрозу жизни (здоровью) в дальнейшем, что вызывает, по словам автора, «сильную эмоциональную реакцию – чувства неопределенности, безнадежности и несчастья. Результатом этого процесса становится реакция избегания любых чувств, не только негативных, но и позитивных («чувственное онемение»)» [233, С. 286]. По данным Е.Г. Ичитовкиной с соавт. (2011), хорошую адаптацию комбатантов МВД в боевых условиях обуславливают: оптимистичность, импульсивность, эмоциональная устойчивость, интеллектуальный уровень с низкой способностью к анализу информации [126]. Е.Г. Шевырева (2006) установила, что низкий уровень симптомов ПТСР обнаруживается у комбатантов, отличающихся средним уровнем личностной тревожно-

сти, нейротизма, экстрапунитивной и импунитивной направленностью агрессии, низким адаптационным потенциалом, сочетанием реактивных и гипердинамических паттернов поведения с ориентировкой на санкционированные нормы и шаблоны поведения [391]. Однако исследований, указывающих на благоприятную роль преморбидно выраженных демонстративных личностных черт, препятствующих развитию ПТСР, в доступной литературе обнаружить не удалось. Напротив, Е.В. Снедков (1997) отмечает, что декомпенсация акцентуации истероидного типа протекала в условиях боевых действий в виде «часто рецидивирующих демонстративных нарушений поведения, в том числе суицидального шантажа, сопровождалась яркими экспрессивными проявлениями чувств, криками, рыданиями, позерством, вспышками раздражения. Военнослужащие с истероидным радикалом из подразделений обеспечения устраивали бурные сцены с требованиями перевести их в часть, участвовавшие в боевых операциях с не меньшей демонстративностью добивались перевода их во внутренний округ» [327, С. 143]. Возможной причиной низкой вероятности развития тяжелых форм ПТСР у комбатантов ОВД с демонстративными чертами личности, является свойственный таким лицам защитный механизм вытеснения негативной информации с ее экстрапунитивным отреагированием. Вероятно, также, что для истероидной личности психотравмирующими являются ситуации, нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип (крушение эгоцентрических установок), которые в боевых условиях встречаются редко. Напротив, «ореол героя» оказывает позитивное влияние на самооценку, удовлетворяет высокий уровень притязаний и потребность нравиться окружающим, а групповая деятельность подразделения отряда способствует сопричастности общему настроению, создавая благоприятную почву для самоопределения.

Исследований, посвященных анализу структурной модели взаимосвязи динамически действующих факторов с чертами личности и показателями соматической заболеваемости комбатантов в доступной научной литературе обнаружить не удалось. Однако С.А. Колов (2009) установил, что соматические симптомы у ветеранов выполняют важную защитную (компенсаторную) функцию, предотвращая развитие более тяжелых психических расстройств и улучшают социальную адаптацию [152].

Предикторами ПТСР и показателей соматической заболеваемости сотрудников ФПС МЧС России ($n = 231$) являются возраст, стаж и периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, при этом отдельные личностные особенности играют роль посредников, способных усилить или ослабить негативное влияние экзогенных факторов. Длительный стаж профессиональной деятельности, а также многократное участие в ликвидации сложных пожаров у части сотрудников ФПС МЧС России не приводит к появлению ПТСР и увеличению частоты соматической заболеваемости, возможно, вследствие их высокого профессионализма и успешной адаптации к экстремальным условиям деятельности. Повышенный ранг сложности тушения пожара является непосредственным фактором риска развития ПТСР, а также косвенно усугубляет его выраженность через преморбидные личностные особенности (ригидность, пессимистичность, социальную интроверсию). Возраст непосредственно не влияет на возникновение ПТСР у сотрудников ФПС МЧС России, однако косвенно детерминирует его выраженность через ряд личностных черт (ригидность, социальную интроверсию).

Риск нозологически выраженного ПТСР выше у ригидных, пессимистичных, социально интровертированных сотрудников ФПС МЧС России молодого возраста, часто участвующих в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Риск развития ПТСР минимален у опытных сотрудников ФПС МЧС России зрелого возраста, отличающихся лабильностью нервных процессов, гибкостью мышления и личностных установок, социальной экстравертированностью, открытостью и непосредственностью.

Профессиональные стресс-факторы оказывают косвенный положительный эффект на частоту и длительность утраты трудоспособности сотрудников ФПС МЧС России через эндогенные медиаторы: импульсивность, индивидуалистичность и наличие ЧМТ. Симптомы «избегания» и физиологической гипервозбудимости ПТСР, а также склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков способствуют частой утрате трудоспособности, как у лиц зрелого возраста с длительным профессиональным стажем, так и у молодых сотрудников ФПС МЧС России.

Преморбидно выраженная импульсивность является стержневым личностным свойством, способствующим усилению алкогольной зависимости, частоты и длительности утраты трудоспособности у сотрудников ФПС МЧС России, многократно участвовавших в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности. Индивидуальность и наличие ЧМТ является ключевым фактором, детерминирующим выраженность отдельных симптомов ПТСР («избегания», «гиперактивации») и частоту соматической заболеваемости.

Риск частой и длительной заболеваемости выше у импульсивных, индивидуалистичных сотрудников МЧС (вне зависимости от их возраста), принимавших участие в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, у которых наблюдаются выраженные симптомы «избегания» и физиологической гипервозбудимости ПТСР, ЧМТ и склонность к систематическому употреблению алкоголя.

В доступной научной литературе не удалось обнаружить работ, анализирующих структурные модели взаимосвязи динамически действующих переменных с личностными особенностями, ПТСР и соматической заболеваемостью у сотрудников ФПС МЧС России. Однако В.И. Моросановой (2012) описана структурная модель предикторов надежности профессиональной деятельности спасателей, которая подтверждает, что «нейротизм значимо опосредованно влияет на надежность действий через саморегуляцию, развитие которой выступает медиатором такого влияния» [238, С. 105]. В.И. Моросановой (2012) также построена интегративная модель взаимосвязи психологических особенностей с функциональными состояниями спасателей и педагогов (как представителей профессий с высоким уровнем напряженности), которая доказывает, что «высокий нейротизм и интроверсия детерминируют выраженность хронического стресса, а высокая саморегуляция препятствует проявлениям острого стресса» [238, С. 106]. В исследовании Е.Н. Ашаниной (2011) обоснована психологическая модель копинг-поведения субъектов экстремальной профессиональной деятельности, которая включает стратегии – адаптивные (преодолевающие) и дезадаптивные (уход от проблем, нарушения поведения, конфликты, заболевания, суициды), а также ресурсы – макросоциальные, микросоциальные и лич-

ностные (мотивацию, адаптационный потенциал, стрессоустойчивость, резервы психических функций) [34].

Отдельные взаимосвязи, выявленные в нашем исследовании с помощью SEM, подтверждаются работами отечественных и зарубежных авторов. Например, L. Elwood с соавт. (2009) обосновал «модель стресс-диатеза», в которой ведущая роль отводится преморбидным личностным особенностям, определяющим «травматическую уязвимость» человека. В частности, склонность к тревоге и депрессии авторы отмечают в качестве предикторов ПТСР [441]. Напротив, А.У. Shalev с соавт. (1998) считает, что психическая травма может осложниться развитием депрессии независимо от ПТСР [522]. Т.И. Шевченко (2007) установила, что у пожарных старшей возрастной группы в 80 % случаев наблюдается средний уровень психической ригидности, а в 16,5 % – высокий [390]. М.В. Корехова (2013) выявила, что значимыми факторами риска психической дезадаптации специалистов экстремального профиля деятельности (сотрудников МЧС, ОВД, военнослужащих) являются: высокие показатели личностной тревожности, организационного стресса, низкий коммуникативный потенциал, интеллект и образовательный уровень, стаж свыше 15 лет, командировки в Северо-Кавказский регион. При этом признаками дезадаптации у сотрудников являются: повышенная импульсивность, агрессивность, выраженное психическое напряжение, тревожность, дистимия, аддиктивные проявления, частое употребление алкоголя, курение более 20-ти сигарет в день [158]. По данным Н.А. Антоновой (2010), у сотрудников силовых структур отмечается высокий уровень соматизации нервно-психических расстройств и алкоголизации, главными причинами которой являются антистрессовое и рекреационное действие алкоголя [23].

Таким образом, полученные результаты, в основном, не противоречат соответствующим данным, имеющимся в проанализированной научной литературе.

ГЛАВА 7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЛИЧНОСТНОЙ СТРУКТУРЫ СОТРУДНИКОВ МЧС РОССИИ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Гипотеза исследования: личностные изменения и состояния психической дезадаптации, возникающие у сотрудников МЧС под воздействием стрессогенных и психотравмирующих факторов чрезвычайных ситуаций, могут быть успешно скорректированы современными психокоррекционными методами.

Цель исследования: разработать и применить программу краткосрочной групповой психологической коррекции психического состояния, посттравматических симптомов, личностных изменений и затруднений адаптации у сотрудников МЧС России, принимавших участие в проведении аварийно-спасательных работ и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также оценить ее эффективность.

Объект исследования: 37 мужчин, средний возраст ($22,6 \pm 0,4$) лет – курсанты 5 курса факультета пожарной безопасности Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России (СПб УГПС МЧС России), принимавших участие в ликвидации последствий ЧС в г. Крымске Краснодарского края (наводнение, 2012 г.) и на Дальнем Востоке (наводнение в бассейне р. Амур в 2013 г.).

На первом этапе исследования проводилась оценка потребности в психологической помощи сотрудников МЧС (112 человек), прошедших психодиагностику перед и после участия в ликвидации последствий стихийных бедствий. При этом анализировались характерологические особенности, психическое состояние, наличие симптомов стрессовых расстройств, показатели годовой заболеваемости до и после командировки в зону ЧС (см. параграф 5.3.3).

Вторым этапом были отобраны 37 человек, которые нуждались в психологической помощи: предъявляли жалобы на психическое и соматическое состояние, сни-

женную работоспособность, нарушения сна (затрудненное засыпание, сонливость); проявляли признаки психической дезадаптации (раздражительность, тревожность, эмоциональную и вегетативную лабильность, экстрапунитивные реакции при критических замечаниях) и имели по результатам проведенного обследования посттравматические симптомы донозологического уровня (в диапазоне 51-69 Т-баллов). Для создания положительной мотивации к работе курсантам объяснялась цель психокоррекционных мероприятий. При этом к участию в программе были приглашены 3 человека с отрицательной мотивацией, поскольку их негативизм расценивался как недостаточная осознанность, вытеснение имеющихся проблем, нежелание их решать.

Далее были определены форма, содержание и задачи психокоррекционных мероприятий. Методическими основаниями программы являлись принципы системности психокоррекционных, профилактических и развивающих задач, единства коррекции и диагностики, комплексности методов психологического воздействия когнитивно-поведенческого, бихевиорального, психодинамического и экзистенциального направлений, сочетания группового взаимодействия с индивидуальным подходом.

На третьем этапе личный состав обследовался до и после групповой симптоматической психокоррекции, мишенями которой являлись: информированность, личность, межличностные отношения, симптомы ПТСР, психическое состояние, техники самозащиты от профессионального стресса. Психокоррекция в трех группах (по 14, 12 и 11 человек) осуществлялась в условиях комнаты психологической разгрузки на базе СПб УГПС МЧС России. Психокоррекционные мероприятия выполнялись ежедневно в интервале с 14.00-18.00 часов в течение 4-х дней, общей продолжительностью 16 часов с каждой группой.

Содержание краткосрочной групповой психокоррекционной программы:

1-й день – установление позитивного контакта и работа с личными целями участников (краткосрочное психологическое консультирование, ориентированное на решение).

2-й день – знакомство с понятием и проявлениями ПТСР, психологическая коррекция отдельных симптомов ПТСР, не достигших клинически выраженного уровня;

3-й день – коррекция личностных особенностей участников (страхов, агрессии, искаженных восприятий, ригидных убеждений), принятие, укрепление и реконструкция образа «Я»;

4-й день – обучение приемам и методам релаксации и психической саморегуляции.

Содержательными задачами психокоррекционной программы являлись:

1) создание комфортной атмосферы доверительного контакта и социальной поддержки, способствующей повторному эмоциональному переживанию психотравмирующей ситуации в безопасной обстановке;

2) информирование участников о клинической картине ПТСР и возможностях психокоррекционного вмешательства, устранение представлений об уникальности имеющихся психологических проблем, установление связи между психогенными факторами и возникновением симптомов ПТСР;

3) способствование пониманию присутствующими своего состояния, структурированию травматических эмоций и образов-воспоминаний с целью установления контроля над ними;

4) содействие в определении связи между психотравмой, изменением образа «Я» и межличностных отношений, помощь в планировании личного будущего;

5) помощь в оценке собственных реакций на жизненные трудности, выявление индивидуально фрустрирующих ситуаций, их когнитивное переструктурирование, коррекция искаженных восприятий, ригидных убеждений, эгоцентрической личностной позиции, эмоциональной неустойчивости, формирование критического отношения к собственному поведению;

6) обучение методам формирования личностных ресурсов психологической резистентности, приемам снятия стрессового напряжения и самопомощи в целях улучшения субъективного самочувствия.

Для решения вышеперечисленных задач в рамках психокоррекционной программы осуществлялись следующие мероприятия: создание атмосферы доверительного контакта, групповая симптоматическая психокоррекция с использованием элементов краткосрочного психологического консультирования,

ориентированного на решение проблемы, техники нейро-лингвистического программирования (НЛП), направленные на сознательную трансформацию и отреагирование образов психотравмирующей ситуации, актуализацию психических ресурсов и изменение психического состояния; иммерсионные методы коррекции страхов, упражнения на отреагирование агрессивных эмоций, принятие себя (Я-реального) и ответственности за свою жизнь, осознание связи между травмой, образом «Я» и планированием будущего; техники психической саморегуляции (прогрессивной мышечной релаксации (ПМР), концентрационные и релаксационные упражнения), обучение приемам «разрядки» негативных эмоциональных состояний (см. Приложение 1). С целью эмоционально-волевой саморегуляции тревоги, расстройств сна, стимулирования решительности при возникновении нестандартных ситуаций и актуализации творческих способностей проводилось прослушивание медитативных сеансов («Сон», «Уверенность», «Выбор», «Творчество») аудиокурса «Щит», разработанного в службе социальных программ «Вера» г. Санкт-Петербурга (1998) для сотрудников силовых структур [22].

Эффективность краткосрочной групповой психокоррекции оценивалась по двум критериям:

1) субъективному, отражающему мнение участников о сильных и слабых сторонах программы; об изменении их эмоционального состояния в течение и после ее окончания (с помощью опроса и анонимной анкеты);

2) объективному – посредством экспресс-методики оценки социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (по В.А. Корзунину, П.А. Зиборовой, 2009), [112, Приложение 2], теста «Нервно-психическая адаптация» (НПА) И.Н. Гурвича (1992) [88] и теста М. Люшера (модификация «попарные сравнения») [370], предназначенных для экспресс-оценки психического состояния.

Достоверность различий психодиагностических показателей в зависимых выборках оценивалась с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона (Wilcoxon), с уровнем значимости $p < 0,05$, рассчитываемого в пакете компьютерных программ SPSS Statistics ver. 19.0. Оценка субъективного мнения участников об эф-

фективности психокоррекционной программы проводилась на основании данных частотного анализа выборов пунктов анонимной анкеты, оцененных в диапазоне от 1 до 5 баллов (см. Приложение 4).

В таблице 55 представлены результаты сравнительного анализа показателей психического состояния и интегральной оценки социально-психологической адаптации сотрудников МЧС, установленных до и после краткосрочной групповой психокоррекции.

Таблица 55 – Динамика психического состояния и уровня социально-психологической адаптации сотрудников МЧС в период до и после краткосрочной групповой психокоррекции

Показатели, условные обозначения	Значения показателей в группах обследованных ($M \pm \sigma$)		p
	до психокоррекции	после психокоррекции	
Тест М. Люшера, цвет, балл, ед.			
Красный (3)	4,1 ± 1,7	5,3 ± 1,4	0,0001
Серый (0)	3,1 ± 1,9	2,6 ± 1,7	0,04
Черный (7)	2,3 ± 2,5	1,7 ± 2,0	0,01
Суммарное отклонение (СО)	15,7 ± 7,0	12,9 ± 5,7	0,0001
Вегетативный коэффициент (ВК)	1,2 ± 0,6	1,3 ± 0,5	0,01
Тест НПА, балл			
Нервно-психическая адаптация	9,6 ± 8,9	5,6 ± 6,6	0,0001
Тест СПА, балл			
Социально-психологическая адаптация	8,7 ± 5,1	6,0 ± 4,5	0,0001

Среднегрупповые результаты теста НПА, рассчитанные в период до проведения краткосрочной психокоррекции, свидетельствуют, что все сотрудники МЧС соответствуют критериям 1-й группы психического здоровья ($9,6 \pm 8,9$ баллов). Полная нервно-психическая адаптация наблюдалась у 62,2 % лиц (менее 10 баллов, здоровые); у 27 % сотрудников отмечались признаки стресса (11-20 баллов, практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками); нервно-психическая неустойчивость выявлялась у 10,8 % обследованных (21-30 баллов, практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками).

По данным методики СПА, перед проведением психокоррекции групповые результаты свидетельствовали о сниженном уровне социально-психологической адаптации ($8,7 \pm 5,1$ баллов, 7 стенов). У 18 курсантов (48,6 %) признаки дезадап-

тации отсутствовали (0-8 баллов, 8-10 стенов), у 16 человек (43,2 %) имели место отдельные признаки дезадаптационных расстройств и ПТСР, сниженная СПА (9-18 баллов, 5-7 стенов), у 3-х обследованных (8,2 %) наблюдались признаки умеренно выраженной дезадаптации и симптомов ПТСР (21-28 баллов, 3-4 стена).

Таким образом, на момент обследования 51,4 % участников группы нуждались в психокоррекционных мероприятиях, что подтвердилось также результатами экспресс-оценки психического состояния по тесту М. Люшера. Перед участием в программе усредненная последовательность цветовых выборов обследованной группы отличалась от аутогенной нормы и была представлена следующим рядом: 2, 4, 3, 1, 0, 5, 7, 6 (рисунок 54).

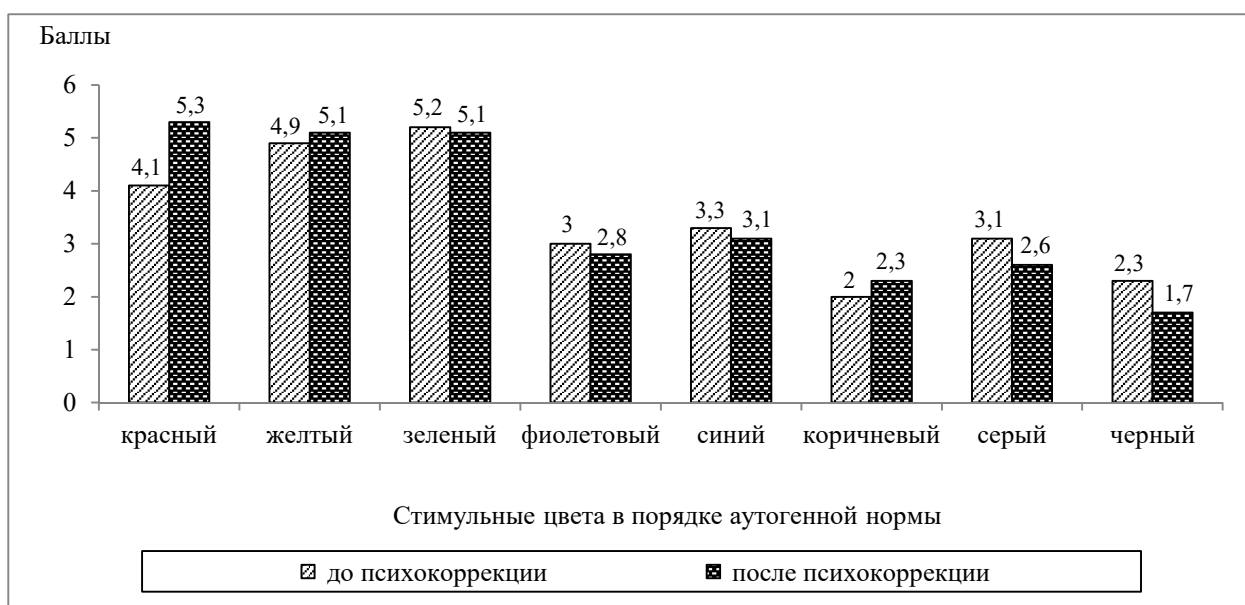


Рисунок 54 – Ранговые характеристики цветовых предпочтений (тест М. Люшера) сотрудников МЧС, обследованных до и после краткосрочной групповой психокоррекции

Исходя из принятой интерпретации психологического смысла цветовых предпочтений (зеленый и желтый цвет в начале ряда, черный и коричневый в конце) сотрудники МЧС характеризуются волевым самоконтролем, независимостью взглядов и поведения, упорством, сосредоточенностью на деятельности, избегают углубления в сложные проблемы, добровольно пренебрегают отдыхом, и, несмотря на усталость, стремятся не выказывать проявлений «слабости», демон-

стрируя окружающим стойкость характера. Такая установка может способствовать нарастанию утомления и психической напряженности.

Перед проведением психокоррекционных мероприятий для 16,2 % обследованных (после групповых занятий – для 5,4 %) был характерен сниженный энергопотенциал, эмоциональная лабильность, склонность к обидчивости, вспышкам раздражения, агрессивной самозащите, стремление дистанцироваться от происходящего, избегать неудач, конфликтных и стрессовых ситуаций, вследствие хронической усталости и внутреннего дискомфорта (расположение карточек черного и серого цвета в начале ряда, красного – в конце).

У каждого шестого (16,2 %) отмечались повышенный уровень непродуктивной напряженности (СО = 20,1-25,3 ед.) и потребность в оптимизации расходования сил (ВК = 0,48-0,99 ед.), у 13,5 % обследованных наблюдалась выраженная психическая напряженность (СО = 25,4-30,0 ед.), истощение энергоресурсов, парасимпатическое доминирование – установка на бездействие и отдых (ВК = 0,3-0,47 ед.). У 21,6 % сотрудников МЧС наблюдались высокие значения ВК (1,51-3,0 ед.), свидетельствующие о симпатическом доминировании в виде избыточного сковывающего напряжения и гипервозбудимости. Все перечисленные психовегетативные показатели отражали неблагоприятный прогноз для успешности деятельности в экстремальных условиях.

После краткосрочной групповой психокоррекции психическое состояние обследованных сотрудников МЧС достоверно улучшилось, усредненная последовательность цветового ряда по тесту М. Люшера приблизилась к аутогенной норме: 3, 2, 4, 1, 5, 0, 6, 7 (см. рисунок 54), свидетельствуя об использовании ими резервов работоспособности и стрессоустойчивости. Перед психокоррекцией красный цвет предпочитали 21,6 % курсантов, черный – 16,2 %, после групповых занятий – 51,4 % и 8,1 % соответственно. Непродуктивная напряженность у испытуемых либо совсем отсутствовала (СО=0-5,3 ед. у 5,4 % выборки), либо ее уровень оценивался как незначительный (СО = 5,4-12,4 ед. у 48,6 %), либо как средний (СО = 12,5-20 ед. у 32,4 %). На 16,2 % (с 29,7 % до 13,5 %) уменьшилось число лиц с выраженной психической напряженностью (СО = 20,1-30), при этом у 5 обследованных, у ко-

торых до участия в программе обнаруживались значения СО на уровне 25,4-30 ед., после психокоррекции снизились до 21-24 ед. На 13,5 % (с 24,3 % до 10,8 %) уменьшилось число курсантов с признаками утомления (ВК = 0,2-0,9 ед.) и на 2,7 % – с избыточным симпатическим возбуждением (ВК = 1,51-3,0 ед.), при этом на 16,2 % (с 54 % до 70,2 %) возросло число сотрудников с оптимальным уровнем мобилизованности (ВК = 1,0-1,5 ед.).

После групповой психокоррекции численность курсантов с полной нервно-психической адаптацией увеличилась на 21,4 % и составила 83,8 %, социальная адаптация улучшилась у 27 % сотрудников. На 18,9 % снизилось число лиц с отдельными признаками дезадаптации и стресса, в группе также не было выявлено курсантов с умеренно выраженными симптомами ПТСР, лишь у трех участников программы (8,2 % выборки) сохранились проявления нервно-психической неустойчивости.

Субъективные впечатления от психотехник, упражнений, соображения о степени их результативности, заключения об изменении своего самочувствия высказывались участниками программы ежедневно в течение 4-х дней. В заключительный день было проведено анонимное анкетирование (см. Приложение 4) с целью получения субъективной оценки участия сотрудников МЧС в психокоррекционной программе. Субъективная оценка эффективности своей деятельности в программе и программы в целом выносилась по нескольким критериям, а ее результаты оформлялись по 5-ти балльной шкале, в которой 1-му баллу соответствовала минимальная степень удовлетворенности, 5-ти баллам – максимальная.

Обобщенные и усредненные результаты по каждому критерию (в процентных долях) представлены в таблице 56.

Таблица 56 – Частота распространенности дифференцированных субъективных оценок эффективности психокоррекционной программы

№	Критерии эффективности	Оценка в баллах (в %)				
		5	4	3	2	1
1	Получение новой информации	32,5	62,1	5,4	-	-
2	Благоприятная психологическая атмосфера (сплоченность коллектива, дружеская обстановка, поддержка, веселье, интерес)	56,8	35,1	8,1	-	-
3	Развитие доверия, искренности, «чувства локтя»	35,2	37,8	27	-	-
4	Осмысление своего внутреннего состояния и черт характера	40,6	37,8	18,9	2,7	-
5	Осмысление целей и способов решения жизненных проблем	32,5	45,9	16,2	5,4	-
6	Получение оценки своего характера в глазах окружающих	35,2	37,8	27,0	-	-
7	Возможность глубже посмотреть внутрь себя и сделать выводы (познание себя)	43,3	37,8	18,9	-	-
8	Понимание того, что личная психологическая травма требует коррекции	37,8	35,2	27,0	-	-
9	Возможность группового взаимодействия в сочетании с индивидуальным подходом	35,2	43,2	18,9	2,7	-
10	Помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом	21,7	45,9	29,7	2,7	-
11	Разделение с другими и коррекция эмоциональных переживаний	29,7	29,7	35,2	5,4	-
12	Коррекция отношений к другим людям и самому себе	24,2	43,4	27,0	5,4	-
13	Обучение навыкам изменения эмоционального состояния	43,3	40,6	16,1	-	-
14	Получение навыков саморегуляции настроения	46,1	37,8	16,1	-	-
15	Применение полученных навыков в повседневной жизни	35,2	40,6	24,2	-	-
16	Кратковременность программы	13,5	40,6	29,7	10,8	5,4
17	Обязательность посещения	29,7	27,0	24,2	13,5	5,4
18	Проведение программы во второй половине дня	16,1	24,2	29,7	19,2	10,8

Представленные выше критерии результативности коррекционной программы были объединены в семантические блоки: организационный; информационный; психологического климата; личностного роста и самопознания; посттравматической коррекции и саморегуляции (релаксации). С точки зрения участников, максимально эффективно (с оценкой 4 и 5 баллов) в программе были решены следующие задачи: получение новой информации (так ее оценили 94,6 % респондентов), создание благоприятного психологического климата (91,9 %), обучение навыкам саморегуляции эмоционального состояния (83,9 %) и самопознания (81,1 %). 78,4 % сотрудников

позитивно оценили процесс группового взаимодействия и индивидуальный подход тренера, возможность осмысления своего внутреннего состояния, черт характера, целей и способов решения жизненных проблем. 75,8 % участников положительно рассматривают полученные навыки и перспективу их применения в повседневной жизни. В процессе работы 73 % опрошенных почувствовали атмосферу искренности и доверия, осознали, что личная психотравма требует коррекции и получили оценку своего характера в глазах окружающих, 67,6 % сотрудников позитивно оценили помощь в освобождении от преследующих воспоминаний, изменили отношение к себе и окружающим, 59,4 % – разделили с другими участниками группы свои эмоциональные переживания.

56,7 % опрошенных (21 человек) одобрительно отозвались об обязательности посещения психокоррекционной программы, тогда как 18,9 % (7 человек) были этим не довольны. 15 участников (40,3 %) положительно отнеслись к необходимости проведения программы во второй половине дня (после учебных занятий), но 11 человек (29,7 %) высказались по этому поводу негативно. 20 сотрудников (54,1 %) были удовлетворены кратковременностью программы, а 6 (16,2 %) – захотели продолжить психокоррекционный процесс. Из них 2 человека (5,4 %), имеющие признаки утомления и психической напряженности ($CO = 21-24$; $BK = 0,2-0,47$), а также отрицательно отзывавшиеся о групповом взаимодействии, были приглашены на индивидуальное консультирование. 4 человека (10,8 %) попросили оставить им контактную информацию, чтобы иметь возможность связаться с психологом позже, при необходимости.

Кроме структурированных вопросов участникам была предоставлена возможность вписать в анкету личные отзывы, пожелания и замечания. Наибольшее число положительных отзывов касалось информационной и релаксационной стороны программы: 3 человека поблагодарили за «интересный материал», «новые знания» и «актуальность полученной информации», двое отметили «улучшение самочувствия» и «психологическое расслабление», 1 участник поставил оценку «пять с плюсом самому психологу». Неодобрительные высказывания касались организационной составляющей программы: 2 человека указали на необходимость «проведения тренин-

га в другое время», 1 участник отметил, что «желательно организовать работу в отдельно отведенный день, с начала рабочего дня, так как после учебных занятий курсанты менее работоспособны».

Ввиду малой выборки не представлялось возможным статистически доказать влияние мотивации участия в программе на ее эффективность. Однако индивидуальный анализ случаев позволил предположить, что лица с позитивной мотивацией были более результативны в групповой работе, чем участники с негативной или амбивалентной мотивацией. Для иллюстрации рассмотрим примеры, содержащие результаты индивидуального психологического обследования и субъективного мнения двух сотрудников МЧС, с положительной и отрицательной мотивацией участия в психокоррекционной программе.

Курсант К., 23 года. Через 1 год после командировки в зону ЧС выявлялись симптомы «вторжения» на уровне 67 Т-баллов, «избегания» – 45 Т-баллов, «гиперактивации» – 63 Т; дистресса – 60 Т-баллов, депрессии – 50 Т-баллов; ПТСР – 58 Т-баллов (шкала L 50 Т-баллов, аггравация на уровне 47 Т-баллов, диссимуляция – 58 Т-баллов). Заболеваемость за истекший год: 4 раза, количество дней нетрудоспособности – 19 суток. Профиль СМИЛ (запись по Уэлшу: 7'84901/2365: K-FL#) свидетельствует о преобладании гипостенических свойств личности, тревожности, сенситивности, неуверенности в себе, сниженной толерантности к стрессовым воздействиям. Для обследуемого характерны конформность и развитое чувство ответственности, но заниженная самооценка, самокритичность, субъективизм в оценках, стремление избегать неуспеха и склонность к персеверативному мышлению приводит к внутреннему конфликту, усиливая неудовлетворённость собой (разрыв между образами реального и идеального «Я») и снижая продуктивность деятельности. Преобладает защитный механизм интеллектуальной трансформации тревоги с ограничительным поведением. Пик по 7-й шкале (72 Т-балла) может быть обусловлен астенизацией длительным эмоциональным перенапряжением на фоне преморбидных психастенических черт. Об этом свидетельствуют сохраняющиеся в течение года симптомы ПТСР донозологического уровня, состояние выраженного утомления, психической напряженности (СО = 24; ВК = 0,3; цветовой ряд 26105374), признаки стресса (НПА = 20 баллов) и сниженной социально-психологической адаптации (СПА = 12 баллов, 7 стенов), выявленные перед проведением краткосрочной групповой психокоррекции. Обследуемый предъявлял жалобы на сниженную работоспособность, затрудненное засыпание, раздражительность, но высказал положительное отношение к участию в программе: «Можно попробовать, вдруг – поможет». После психокоррекции улучшился уровень нервно-психической (НПА = 12 баллов) и социальной адаптации (СПА = 8 баллов, 8 стенов), непродуктивная напряженность

снизилась до среднего уровня, однако сохранилась потребность в отдыхе и восстановлении сил (СО = 16, ВК = 0,5; цветовой ряд 25316074). Обследуемый одобрительно отозвался об информационной составляющей программы, психологическом климате, возможности самопознания и техниках саморегуляции, при этом отметил, что «необходимо проводить тренинг в другое время». Методики посттравматической коррекции не дали полного эффекта, но позволили снизить интенсивность симптомов «вторжения» (56 Т-баллов), «гиперактивации» (50 Т-баллов) и дистресса (56 Т-баллов). Для повышения эффективности психокоррекционных мероприятий сотруднику рекомендована индивидуальная психологическая помощь в структурировании и выражении переживаний, ситуативно-образном отреагировании психотравмирующих эпизодов, а также разноплановые релаксационные процедуры, аутогенная тренировка, массаж, укрепление иммунного статуса и своевременное лечение соматических заболеваний.

Курсант С., 23 года. Через 1 год после командировки в зону ЧС выявлялись незначительно выраженные симптомы ПТСР (55 Т-баллов): «вторжения» – 56 Т-баллов, «избегания» – 58 Т-баллов, «гиперактивации» – 60 Т-баллов; дистресса – 58 Т-баллов, депрессии – 53 Т-баллов (шкала L 41 Т-баллов, аггравация на уровне 51 Т-баллов, диссимуляция – 53 Т-баллов). Заболеваемость: 4 раза в год, количество дней нетрудоспособности – 26 суток. Профиль СМИЛ (запись по Уэлшу: 43-9687/2:50#K-L: F#) отражает смешанный тип реагирования с преобладанием гиперстенических черт. Обследуемый отличается непринужденностью в общении, импульсивностью, нетерпеливостью, эмоциональной неустойчивостью, склонностью к риску, в конфликте занимает активно-оборонительную позицию с опорой на собственное мнение. Самооценка неустойчивая, не склонен углубляться в жизненные проблемы, может недооценивать серьезность ситуации и игнорировать жизненный опыт. Навыки конструктивного поведения развиты недостаточно, в экстремальной ситуации проявляет нецеленаправленную активность. Отмечается защитный механизм вытеснения негативной и психотравмирующей информации, отрицания проблем с протестными реакциями. До психокоррекции обследуемый жалоб на самочувствие не предъявлял, однако при упоминании об эмоционально-значимой ситуации отмечалась вегетативная нестабильность, раздражительность и внешнеобвиняющие реакции. Демонстрировал негативизм к участию в групповой работе: «зачем зря время терять, у меня других дел полно». По результатам предварительного обследования выявлена выраженная психическая напряженность и избыточное возбуждение (СО = 26, ВК = 1,8; цветовой ряд 40762315), признаки нервно-психической неустойчивости (НПА = 21 балл) и социально-психологической дезадаптации (СПА = 23 балла, 4 стена). Несмотря на отрицательную мотивацию курсант был приглашен к участию в программе. В процессе работы выполнял групповые упражнения неохотно, с критическими замечаниями. После психокоррекционных мероприятий установлено незначительное улучшение нервно-психической (НПА = 19 баллов) и социальной адаптации (СПА = 20 баллов, 5 стенов), сохранение повышенного уровня непродуктивной напряженности и гипер-

активности (СО = 22, ВК = 2,8; цветовой ряд 40376125). Субъективное мнение об участии в программе высказал формально, выставив по всем критериям оценку 3 балла. В индивидуальной беседе сообщил, что «у него нет проблем», «а если и есть, то я привык свои проблемы решать сам». Данному сотруднику рекомендованы различные варианты релаксационных процедур (спорт, активный отдых, массаж, бассейн, сауна и др.), психокоррекция импульсивного поведения и индивидуальное консультирование (с целью осознания личностных особенностей, психологических защит, дезактуализации накопившихся обид).

Таким образом, предложенная программа краткосрочной групповой психологической коррекции может эффективно применяться для улучшения психического состояния, восстановления личностных изменений, коррекции донозологических симптомов ПТСР и затруднений адаптации, возникающих у сотрудников МЧС России под воздействием профессионально-стрессогенных и психотравмирующих факторов ЧС. Вероятно, психокоррекционные мероприятия будут более эффективны, если их проводить комплексно (в сочетании с психофизиологическими, общемедицинскими, групповыми и индивидуальными психологическими методами), в утренние часы и при полном отрыве от учебного (служебного) процесса. Желательно заранее формировать мотивацию к участию в групповой работе и самоисследованию, которая позволит повысить эффективность психокоррекционного воздействия.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГЛАВЕ

Предлагаемая программа краткосрочной групповой психологической коррекции опирается на принципы личностно-ориентированного и социально-ориентированного подхода, а также методические принципы системности психокоррекционных, профилактических и развивающих задач, единства коррекции и диагностики, комплексности методов психологического воздействия когнитивно-поведенческого, бихевиорального, психодинамического и экзистенциального направлений, сочетания группового взаимодействия с индивидуальным подходом.

Мишенями краткосрочной групповой психологической коррекции являются: информированность в проблеме воздействия ЧС на личность; психологические особенности личности (образ «Я», эгоцентрическая позиция, негативные эмоции, страхи, ригидные установки, нерациональные стратегии поведения); межличностные отношения; симптомы ПТСР допсихологического уровня; психическое состояние; личностные ресурсы психологической резистентности, техники саморегуляции и самозащиты от профессионального стресса.

Краткосрочные групповые психокоррекционные мероприятия достоверно улучшают психосоциальные параметры личностной структуры сотрудников МЧС, принимавших участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Под влиянием психокоррекционных мероприятий психическое состояние приблизилось к аутогенной норме ($p=0,0001$), снизился уровень психической напряженности ($p=0,0001$) и утомления ($p=0,01$), улучшилась нервно-психическая ($p=0,0001$) и социальная адаптация ($p=0,0001$), отмечалась высокая субъективная удовлетворенность информационным и релаксационным блоком программы, психологическим климатом, процессом самопознания и др.

Краткосрочная групповая психокоррекционная программа, фокусируясь на трех аспектах самосознания – когнитивном (самопонимание), эмоциональном (отношение к себе и своему прошлому) и поведенческом (саморегуляция), позволяет активировать резервы работоспособности и стрессоустойчивости сотрудников МЧС, закрепить адекватные формы поведения и реагирования, даже при отсутствии субъективных жалоб и объективных расстройств.

Выявленные закономерности подтверждаются исследованиями других авторов, работы которых, однако, чаще касаются реабилитации комбатантов. Например, С.А. Колов (2007) считает, что наиболее результативным в отношении лечебно-реабилитационной тактики ветеранов войн является избрание мишенями психотерапевтического воздействия структурных особенностей постстрессовых личностных изменений, вместо отдельных симптомов ПТСР. Применение метода групповой личностно-ориентированной психотерапии способствует коррекции деструктивных и дефицитарных центральных Я-функций в структуре личности, улучшению качества реадаптации комбатантов. В краткосрочном групповом методе целесообразно использовать отдельные технические приемы экзистенциальной терапии, рассматривая проблемы смерти, вины, ответственности, смысла жизни [151]. П.П. Иванов (2004) отмечает, что технология социально-психологического тренинга инвалидов боевых действий должна быть направлена на глубокую рефлексию участниками ценностно-смысловой личной сферы, обучение приемам саморегуляции и самоконтроля, освоение модифицированных форм поведения в социально-значимых ситуациях [117]. По мнению В.А. Олешко (2007), психокоррекция личности у ветеранов подразделений особого риска должна включать создание психологических установок здорового образа жизни, обучение методам самоконтроля и регуляции психофизиологических резервов здоровья [261]. Е.А. Крашенинникова (2001) предлагает в рамках психологической помощи участникам боевых действий использование методов суггестии, НЛП, медитации, аутотренинг, сочетающийся с игротерапией и терренкурами [176]. О.А. Шевцова (2010) использовала методику прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона, техники НЛП, лечения фобий («Кинотеатр»), регуляции поведения («Шестишаговый рефрейминг») и бихевиоральные техники («метод систематической десенсибилизации») для психокоррекции расстройств невротического уровня у военнослужащих и сотрудников спецслужб [389]. Ю.М. Волобуева (2009) предлагает проводить Я-гармонизирующий тренинг дисгармоничных Я-концепций, который позволит инвалидам боевых действий скорректировать когнитивную модель жизнедеятельности, восстановить ощущение ценности собственной личности и контроля над собы-

тиями, укрепить уверенность, снизить тревожность, сформировать умения и навыки саморегуляции [73]. С.И. Волков (2007) установил, что энергосенсорные дыхательные технологии позитивно влияют на психическое состояние, активность, реактивную тревожность, работоспособность, интеллектуальные функции сотрудников ГПС МЧС России в период реабилитации после участия в ликвидации ЧС [72]. Е.Н. Ашанина (2011) и Д.В. Кулаков (2011) предлагают сочетанное применение технологий аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи в качестве эффективного способа комплексной коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний, восстановления физической работоспособности и функциональных резервов организма у сотрудников ГПС МЧС России [34, 181]. С.А. Кручинин (2012) выявил, что аутотренинг, вербально-музыкальная психорегуляция, внушенный отдых эффективно влияют на эмоциональное состояние, эмоционально-волевую устойчивость и восстановление работоспособности спасателей МЧС России [177].,

Таким образом, полученные нами результаты в основном не противоречат соответствующим данным, имеющимся в проанализированной научной литературе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема психологических и соматических последствий локальных вооруженных конфликтов, террористических актов, техногенных и природных катастроф вызывает серьезную озабоченность, вследствие увеличения их частоты и негативного влияния на здоровье широкого контингента лиц. В частности, большое внимание негативным последствиям боевого стресса уделено в трудах отечественных (М.М. Решетников, В.А. Корзунин, 1989; С.В. Литвинцев, 1994; Е.В. Снедков, 1997; А.А. Стрельников, 1998; Н.В. Тарабрина, 2008 и др.) и зарубежных авторов (С. Levy, 1971; Р. Bourne, 1972; Ch. Figley, 1978; J. Wiesel, 1978; M. Horowitz et al., 1980; K.G. Prigerson, 2001). Особенности дезадаптивных психических состояний и личностных изменений, возникающих под влиянием экстремальных условий деятельности, рассмотрены в исследованиях В.И. Дутова (1993), А.Г. Маклакова (1996), В.Ю. Рыбникова (2000), Б.Н. Рыжова (2001), С.Н. Требухова (2002), Л.Г. Дикой (2002), С.М. Зиньковской (2007), Н.В. Тарабриной (2008), Л.И. Вассермана (2008), М.Ш. Магомед-Эминова (2009), Е.Н. Ашаниной (2011) и др. Тем не менее, отдельные теоретико-методологические проблемы личностных изменений у специалистов профессий экстремального профиля остаются либо недостаточно изученными, либо дискуссионными. К числу таких проблем, в частности, относятся потребность в выявлении прогностических факторов (профессиональных, социальных, психологических, соматических), способствующих и препятствующих развитию дезадаптации, необходимость прогностической оценки состояния здоровья сотрудников ОВД и МЧС России в ранний и отдаленный период после участия в ликвидации ЧС (антропогенного и природного характера), с учетом специфики (интенсивности, сложности и длительности) выполняемых ими задач, разработки дифференцированных реабилитационных и психокоррекционных программ.

Профессиональные стрессоры, с одной стороны, являются пусковым моментом процесса адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности, с другой – психогенные факторы ЧС, в совокупности со стрессорами личной жизни, являются предикторами психической дезадаптации, вариантами которой выступают острая реакция на стресс (ОСР), расстройства адаптации и посттравматическое

стрессовое расстройство (ПТСР). При этом личностные особенности существенно влияют на когнитивную оценку ситуации (ее смысловое восприятие как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей), во многом определяют тип эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и результативность адаптационных процессов, как в период ЧС, боевых действий, так и в различные сроки реадaptации к обычной (мирной) жизни. Воздействие психотравмирующих факторов усугубляется перманентными стрессорами повседневной жизни, что на фоне преморбидной дисгармонии личности приводит к истощению индивидуального адаптационного потенциала и закреплению дезадаптивных поведенческих паттернов. К настоящему моменту опубликовано большое число научных работ, посвященных негативному воздействию экстремальных факторов ЧС на здоровье специалистов силовых структур и гражданского населения. В частности, большой вклад в разработку клинических и психологических проблем (эпидемиологии, этиологии, динамики, диагностики, терапии) ПТСР у участников боевых действий, пожарных, спасателей, жертв насилия, катастроф, больных с угрожающими жизни заболеваниями, беженцев внесли исследования А.П. Самонова (1982), Е.В. Снедкова (1997), А.А. Стрельникова (1998), М.В. Леви (2001), Х.Б. Ахмедовой (2004), Н.В. Тарабриной (2008), Ж.Ч. Цуциевой (2010) и др. «Посттравматический невроз выживших» у ветеранов Вьетнама описал R. Leopold (1963), «военный травматический невроз» – Levy C. (1971) и P. Bourne (1972), «постэмоциональный синдром» – Y. Poiso (1976); ПТСР (PTSD) – Ch. Figley (1978), J. Wison (1978), M. Horowitz et al. (1980). Однако, в литературе встречаются лишь единичные работы, в которых упоминается о частично позитивном влиянии боевого стресса на отдельных участников вооруженных конфликтов (Е.В. Снедков, 1997; Р.В. Кадыров, 2005; Ю.Ю. Стрельникова, 2005; А.П. Сложеникин, 2009; М.М. Решетников, 2011; А.Н. Зелянина, 2013) и профессиональных стресс-факторов на спасателей МЧС России (С.А. Иващенко, 2003). Многие исследователи (Е.В. Снедков, 1997; Ю.А. Александровский, 2000; Е.О. Александров, 2001; Н.В. Тарабрина, 2012 и др.) утверждают, что посттравматические личностные изменения полностью не описываются диагностическими критериями МКБ-10 под рубрикой F62.0 «Стойкое изменение личности

после переживания катастрофы», а также не сводятся к акцентуациям и психопатиям. В зарубежной терминологии (С.С. Classen et. al., 2006) подобные изменения называют посттравматическими личностными расстройствами (posttraumatic personality disorder – РТПД). Е.В. Снедков (1997) обосновывает представление о «дефензивно-эпилептоидном изменении личности» и рассматривает последнее в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Н.В. Тарабрина (2008) описывает симптомокомплекс, взаимосвязанный с клинической картиной ПТСР (высокий уровень дистресса, депрессии и иной психопатологической симптоматики, повышенная личностная тревожность и старший возраст). С.А. Колов (2009) выявил у ветеранов боевых действий особый личностный тип, формирующийся на основе повышенной агрессивности и включающий элементы эмоционально-неустойчивого, импульсивного, пограничного, параноидного подтипов, а также диссоциального личностного расстройства. Таким образом, разнообразие последствий профессиональной деятельности экстремального профиля не ограничивается развитием у специалистов ОСР или ПТСР, он, безусловно, шире, включает большое число донозологических форм (в виде дисбаланса противоречивых личностных тенденций, несовершенной социальной, профессиональной адаптации и др.), что требует дальнейших комплексных и междисциплинарных исследований. Остается дискуссионным вопрос разграничения типов последствий деятельности экстремального профиля, включающих различные варианты личностных изменений в пределах психологической нормы, классификации этих типов по вектору направленности (негативные – позитивные), времени возникновения (ранние – отдаленные) и специфичности (профиль деятельности и тип ЧС). Анализ специальной литературы показывает, что большинство исследований этой проблемы сфокусировано либо на ранних (Halliwell В., Е.С. Caroll, 1994; Е.Ю. Епутаев, 2003; Р.В. Кадыров, 2005; С.И. Волков, 2007; Е.Г. Ичитовкина с соавт. 2013 и др.), либо на отдаленных (G. Boulander et al., 1986; В.А. Van der Kolk, С.Р. Ducey, 1989; Е.О. Александров, 2001; С.А. Колов, 2007; А.В. Остапенко, 2007 и др.) негативных личностных изменениях; при этом практически отсутствуют комплексные лонгитюдные (Ch. Figley, 1986; R.A. Kulka et al., 1990; Е.В. Снедков, 1997) и междисципли-

нарные исследования в данной области. Авторы также расходятся во мнениях относительно предельной длительности участия в КТО, детерминирующей развитие посттравматических нарушений. Помимо этого, остается открытым вопрос личностных предпосылок, оказывающих модифицирующее влияние на характер психологических и соматических последствий. В доступной научной литературе не удалось обнаружить работ, описывающих взаимосвязь мотивации специалистов с негативными и позитивными последствиями деятельности экстремального профиля, а также исследований, посвященных анализу неспецифических и специфических последствий ЧС (антропогенного и природного типов), последствий кратковременного воздействия боевого стресса, в сравнении с длительным влиянием профессионального стресса в мирных условиях. Анализ современной литературы показал также отсутствие разработанной с помощью метода моделирования структурными уравнениями структурно-динамической модели личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля, обусловленных действующими во времени прогностическими факторами (профессиональными, возрастными, социальными).

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилась разработка концептуальных основ и эмпирическое обоснование структурно-динамической модели личностных изменений – донозологических типов последствий деятельности экстремального профиля, детерминированных комплексом действующих во времени профессиональных, возрастных, социальных факторов и опосредованных психологическими (мотивационными, эмоционально-волевыми, когнитивными, типологическими) и биологическими индивидуальными особенностями специалистов.. Поставленная цель была реализована посредством решения таких задач, как: теоретико-методологический анализ направлений исследований в области психологии личности как субъекта опасной для жизни деятельности; обоснование концептуальных основ личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля; выявление последствий деятельности у сотрудников МВД и МЧС России в зависимости от динамических (действующих во времени) внешних (профессиональных, социальных) и внутренних (психологических, биологических)

факторов; личностных предпосылок, оказывающие модифицирующее влияние на различные типы психологических последствий деятельности; разработка структурно-динамической модели личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля; программы краткосрочной групповой психологической коррекции психосоциальных составляющих личностной структуры специалистов; обоснование рекомендаций по психологической профилактике и коррекции негативных последствий участия в ликвидации ЧС (антропогенного и природного типов).

Решение задач диссертационной работы проводилось в ходе комплексного исследования, включавшего психологическое обследование специалистов профессий экстремального профиля деятельности (общей численностью 756 человек): не воевавших сотрудников ОВД с различным стажем службы в мирных условиях, участников контртеррористической операции (в том числе бойцов мобильного отряда особого назначения – ОМОН), с различной мотивацией к экстремальной деятельности, длительностью «боевого стажа», продолжительностью периода последействия (срока, прошедшего с момента первой спецкомандировки) и периода реадaptации к мирной жизни (срока, прошедшего с момента последней спецкомандировки), а также сотрудников ФПС МЧС России – пожарных оперативных подразделений, отличающихся мотивами выбора профессии и длительностью служебного стажа, принимавших участие в тушении пожаров различной степени сложности и в ликвидации последствий ЧС (наводнения).

Для реализации поставленной цели и задач исследования применялись следующие методы: теоретический анализ отечественных и зарубежных литературных источников по теме исследования, биопсихосоциальный, феноменологический, нормо- и патоцентрический подходы, клинико-психологический и психодиагностический методы, одномерные и многомерные методы математико-статистической обработки эмпирических данных, количественный, качественный анализ и содержательная интерпретация полученных результатов. Клинико-психологический метод реализовывался посредством анализа медицинской документации, клинико-статистических показателей, применения структурированного интервью, анонимного анкетирования, включающего социально-психологические

и клинико-психологические характеристики. Психодиагностический метод реализовывался с использованием структурированного интервью, стандартизированных, проективных тестов, опросников и включал следующие блоки: методы исследования структуры личности и отдельных индивидуально-психологических особенностей, актуального психического состояния, интеллектуально-познавательной деятельности, ценностно-мотивационной направленности личности, факторов риска психической дезадаптации, стресс-факторов профессиональной деятельности, социально-демографических показателей. С помощью структурированного интервью уточнялись мотивы добровольного участия в КТО и выбора профессии пожарно-спасательного профиля. Результаты такого анкетирования явились основополагающим критерием разделения их на исследовательские подгруппы с целью оценить влияние мотивации на выраженность последствий деятельности экстремального профиля. При этом мы исходили из того, что социально-ориентированная (позитивная) мотивация основывается на потребностях высшего порядка и предполагает более высокую эффективность выполнения служебных задач в экстремальных условиях, в то время, как эго-ориентированная (негативная) мотивация обуславливает высокий риск утраты здоровья или жизни в экстремальных условиях, что может привести к потерям личного состава во время совместной деятельности.

Диссертация состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и 4 приложений.

В первой главе диссертации были проанализированы теоретико-методологические основы психологических последствий деятельности экстремального профиля, представлены материалы теоретического анализа работ отечественных и зарубежных авторов по проблеме психологических последствий, возникающих у профессионального контингента (МВД и МЧС) в процессе экстремальной служебно-боевой деятельности, представлена характеристика основных психотравмирующих факторов, свойственных локальным вооруженным конфликтам, профессиям правоохранительного и пожарно-спасательного профиля, рассмотрены биопсихосоциальный, нормоцентрический и патоцентрический подходы к исследованию субъекта профессии экстремального профиля, мотивационная сфера, осо-

бенности проявлений ПТСР и личностных изменений, методы психологической профилактики, коррекции и реабилитации стрессовых расстройств у профессионального контингента. Анализ литературных данных способствовал более точной формулировке цели и задач исследования.

Во второй главе диссертации обоснованы концептуальные основы (теоретическая концепция, модель) личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля, которая представляет собой многокомпонентное динамическое образование, включающее: 1) динамически действующие факторы риска негативных последствий; 2) личность специалиста профессии экстремального профиля; 3) типы психологических и соматических последствий опасной для жизни деятельности – в пределах нормативного (адаптивного) и патологического (дезадаптивного, нозологического) диапазона.

В третьей главе диссертации приведены данные о направлениях, организации и условиях исследования, качественной и количественной характеристике выборок, об использованных психодиагностических методиках и методах математико-статистического обработки и анализа эмпирических данных.

Экспериментальная часть диссертационной работы включала 4 этапа.

На 1-м этапе (4-я глава диссертации) исследовались психологические последствия, возникающие у сотрудников ОВД под влиянием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. В подразделе 4.1 рассмотрены особенности психологических последствий, возникающих у сотрудников ОВД в процессе длительной (15 и более лет) служебной деятельности в мирных условиях. Установлено, что у части опытных сотрудников ОВД отмечаются негативные (увеличение степени утомления, невротического контроля, пессимистичности, ригидности, тревожности, социальной интроверсии) и позитивно-адаптивные личностные изменения (устойчивость к монотонной деятельности, мужественность, упорство, конформность, нормативность поведения). В подразделе 4.2. представлены результаты исследования психологических и соматических последствий участия сотрудников ОВД в КТО. В параграфе 4.2.1 проанализирована динамика личностных изменений, психического состояния и заболеваемости комбатантов сводного отряда ОВД ($n =$

40), лонгитюдно обследованных до, через 5 суток и спустя 1 год после возвращения из спецкомандировки. На высоком уровне статистической значимости подтверждена негативная динамика соматических изменений и положительная динамика эмоционального состояния. Установлены негативные личностные изменения: заострение черт импульсивности, ригидности, тревожности, индивидуалистичности, усиление пессимистичности, невротического контроля, социальной интроверсии. Ранние (до 1 года) типы последствий участия в КТО выявлены с помощью иерархической кластеризации: у 45 % обследованных преобладает неустойчиво-адаптивный характер личностных изменений (усиление невротического контроля, тревожности, индивидуалистичности, импульсивности), средние показатели частоты и длительности заболеваемости, психического напряжения и утомления. У 37,5 % комбатантов ОВД наблюдается конструктивно-адаптивный тип последствий (стеническое стрессовое реагирование, решительность, мужественность, оптимистичность, средний уровень психической напряженности, минимальные показатели заболеваемости). В 17,5 % случаев установлены негативные последствия (частая и длительная заболеваемость, повышенное напряжение, утомление, гипотимия, социальная интроверсия, импульсивность, ригидность, нонконформизм, затрудненный самоконтроль). В параграфе 4.2.2 описаны результаты сравнительного анализа ранних (через 1 год) последствий участия в КТО и отдаленных (15 и более лет) последствий длительного стажа в мирных условиях. Установлено, что длительная профессиональная деятельность (более 15-ти лет) в обычных условиях вызывает у сотрудников ОВД психологические изменения, сходные с теми, которые происходят под влиянием кратковременной (4-5 месяцев) служебно-боевой деятельности в условиях КТО. Совпадение личностных изменений в сторону усиления пессимизма, тревожности, невротического контроля и ригидности, вероятно, отражает ускорение характерных изменений в этом направлении, которые в экстремальных условиях происходят за более короткий промежуток времени. В целом, согласно нашим данным, влияние боевой обстановки носит менее негативный характер, чем продолжительная профессиональная деятельность в мирных условиях. Сотрудники с длительным стажем службы в ОВД превосходят комбатантов по выраженности социальной интровер-

сии, пессимизма и психического напряжения. В параграфе 4.2.3 выполнен сравнительный анализ психологических последствий боевой деятельности у комбатантов и не воевавших сотрудников ОВД. Установлено, что у участников КТО в 1,4 раза выше частота и в 2 раза – длительность заболеваемости, выражена импульсивность, пессимистичность, индивидуалистичность, ригидность, социальная интроверсия, признаки невротизации. В подразделе 4.3 описываются особенности последствий участия в КТО в зависимости от влияния различных психологически значимых факторов. В параграфе 4.3.1 представлены результаты сравнительного анализа психологических и соматических последствий в группах комбатантов ОВД с позитивной и негативной мотивацией участия в КТО. Установлено, что у лиц с отрицательной мотивацией развивается больше негативных психологических последствий в виде повышенной эмоциональной лабильности, индивидуалистичности, ригидности, страха перед агрессией окружающих, фрустрационных реакций с фиксацией на самозащите, сниженной физической и психической активности, затрудненной социальной адаптации, повышенного невротического контроля. Параграф 4.3.2 содержит результаты исследования характера психологических последствий в зависимости от подготовленности к действиям в боевых условиях путем сравнения комбатантов сводного отряда ОВД и бойцов ОМОН, командировавшихся в зону КТО на систематической основе. Установлено, что у бойцов ОМОН, по сравнению с комбатантами ОВД, ниже уровень симптомов ПТСР и чаще наблюдаются позитивные личностные изменения: эмоциональная устойчивость, самоконтроль, смелость, экспрессивность, сообразительность, проницательность, нормативность поведения, независимость. В негативную сторону от комбатантов ОВД бойцы ОМОН отличаются повышенным уровнем психического напряжения, тревожности, индивидуалистичности и симптомов ПТСР. В параграфе 4.3.3 представлены результаты сравнения психологических последствий пролонгированного воздействия боевого стресса. Установлено, что у бойцов ОМОН выраженность негативных психологических последствий (социальной интроверсии, пессимизма, ригидности, симптомов ПТСР) нарастает после достижения суммарной длительности пребывания в условиях КТО 200-350 суток. Дальнейшее увеличение суммарного «боевого стажа»

(более 350 суток) приводит к устойчивым адаптивным (снижению симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР, социальной интроверсии, гипотимии, тревожности, осторожности) и позитивным личностным изменениям (снижению подозрительности, увеличению независимости, самостоятельности, спокойствия и конформизма). В параграфе 4.3.4 описаны результаты исследования психологических последствий участия в КТО, в зависимости от продолжительности периода времени, прошедшего с момента первого участия в боевой операции (периода последствий). Установлено, что динамика психологических последствий может иметь либо прогрессивный (медленно прогрессирующий в сторону нарастания или снижения), либо интермиттирующий характер (с чередованием периодов улучшения и ухудшения состояния), при этом личностные изменения на протяжении критического периода (1,5-3 года) приобретают тенденцию к закреплению. Негативные последствия участия в КТО с интермиттирующим характером изменений: в течение первых 3-х лет усиливаются эмоциональная лабильность, невротический контроль, с последующей их компенсацией, снижается гибкость мышления и ухудшается пространственное мышление с последующим нарастанием показателей. Ригидные черты личности первоначально компенсируются, но по прошествии 3-х лет усугубляются. Негативные последствия боевого стресса с прогрессивным развитием изменений таковы: снижается оптимистичность, нарастают социальная интроверсия, тревожность, нонконформизм, частота заболеваемости. Позитивные последствия участия в КТО имеют прогрессивное течение: нарастают самостоятельность, независимость, упорство, практичность, исполнительность, сглаживаются демонстративные черты личности и снижается чувствительность к средовым воздействиям. Позитивных последствий участия в КТО с интермиттирующим характером изменений в нашем исследовании выявлено не было. Подраздел 4.4 посвящен рассмотрению типов психологических последствий участия в КТО в различные сроки реадaptации комбатантов к мирной жизни. В параграфах 4.4.1 и 4.4.2 описаны отдаленные типы последствий боевого стресса, которые определены с помощью иерархической кластеризации выборок комбатантов ОВД (n=108) и бойцов ОМОН (n=108), включающих лиц со сроками реадaptационного периода от 1 года

до 6 лет. В результате установлено, что в отдаленный период возвращения к мирной жизни типы последствий аналогичны наблюдаемым в ранние сроки. Позитивный (конструктивно-адаптивный) тип отдаленных психологических последствий характерен для 62% бойцов ОМОН, 29,6 % комбатантов ОВД (срок реадaptации 1-2 года), у которых отмечается стеническое стрессовое реагирование, оптимальная мобилизованность, рациональная активность, решительность, мужественность, оптимизм, низкая частота и длительность заболеваемости, отсутствие симптомов ПТСР. Неустойчиво-адаптивный тип изменений на фоне импульсивной стрессовой гиперактивности выявлен у 51% комбатантов ОВД и 21,3% – ОМОН (период реадaptации от 2-х до 3-х лет). Для сотрудников ОВД характерны недостаточный волевой самоконтроль, средний уровень психического напряжения и отдельные невротические проявления, донозологические симптомы ПТСР, средние показатели заболеваемости. Бойцов ОМОН отличают экспрессивность, эгоцентричность, индивидуалистичность, независимость, авторитарность на фоне симпатического возбуждения, симптомы ПТСР доклинического уровня. Пограничный тип изменений установлен у 19,4 % комбатантов ОВД и 16,7 % – ОМОН (срок реадaptации от 3-х и более лет), которые отличаются конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных свойств, усиленных чертами индивидуалистичности, смешанным типом стрессового реагирования, субкомпенсированными симптомами ПТСР, частой и длительной заболеваемостью.

На 2-м этапе (5-я глава диссертации) проводилось исследование психологических последствий, возникающих у сотрудников МЧС России под влиянием стресс-факторов пожарно-спасательной деятельности. В подразделе 5.1 оценивалась специфика психологических и соматических последствий, возникающих у сотрудников ФПС МЧС в процессе длительной (10 и более лет) служебной деятельности. У части опытных сотрудников МЧС отмечены негативные (частая и длительная заболеваемость, повышенный парасимпатический тонус ЖКТ, систематическое употребление алкоголя, утомление, социальная интроверсия, субклинические симптомы ОСР и ПТСР) и позитивные изменения (эмоциональная устойчи-

вость, отсутствие враждебности, подозрительности и никотиновой зависимости). В подразделе 5.2 представлены результаты исследования психологических и соматических последствий профессиональной деятельности у сотрудников ФПС МЧС в сравнении с участниками КТО. Установлено, что комплекс профессиональных стресс-факторов формирует у сотрудников МЧС и комбатантов ОВД, отдаленные (более 1 года) специфические (позитивные, негативные) и неспецифические (адаптивные, не зависящие от профиля деятельности) психологические и соматические последствия. Специфически-негативными последствиями профессии пожарно-спасательного профиля являются: смешанный тип стрессового реагирования, эмоциональная лабильность, демонстративные черты личности, симптомы ОСР, склонность к накоплению избыточной массы тела. К специфически-позитивным последствиям относятся: эмотивность, лучшая, по сравнению с комбатантами, спортивная подготовка и менее длительная заболеваемость. Специфически-негативными последствиями боевого стресса являются: продолжительная заболеваемость, частая встречаемость ЧМТ, повышенный уровень психического напряжения, импульсивности, ригидности, социальной интроверсии, симптомов ПТСР. К специфически-позитивным последствиям относятся: стенический тип стрессового реагирования. Неспецифически-адаптивный характер некоторых личностных изменений (способность эмоционально дистанцироваться от ситуации и прогнозировать ее развитие, осторожность, конформизм по отношению к референтной группе, исполнительность), указывает на единую природу их развития у специалистов профессий экстремального профиля. В подразделе 5.3 описываются особенности последствий деятельности в экстремальных условиях в зависимости от влияния различных психологически значимых факторов. В параграфе 5.3.1 представлены результаты сравнительного анализа психологических и соматических последствий в группах сотрудников ФПС МЧС России с позитивной (социально-ориентированной) и негативной (эго-ориентированной) мотивацией выбора профессии пожарно-спасательного профиля. Установлено, что у сотрудников МЧС с эго-ориентированной мотивацией развивается больше негативных последствий в виде повышенного психического напряжения, социальной интроверсии, враждеб-

ности к окружающим, эмоционального выгорания, субклинических симптомов ПТСР, склонности к частому употреблению крепких алкогольных напитков на фоне ощущения недостаточной социальной поддержки семьи и коллег. В параграфе 5.3.2 рассмотрены результаты исследования психологических и соматических последствий участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности у сотрудников ФПС МЧС России, по сравнению с не участвовавшими в тушении сложных пожаров. Установлено, что к негативным последствиям деятельности в особо сложных условиях относятся: частая и длительная заболеваемость, случаи профессионального травматизма, симптомы вегетативной дисфункции со стороны ЖКТ, никотиновая зависимость, усиление гипотимных и тормозимых черт, эмоциональной лабильности, ригидности, психического напряжения, утомления, появление донозологических симптомов ПТСР. В параграфе 5.3.3 проанализирована динамика психологических и соматических изменений после участия в ликвидации последствий наводнения у курсантов СПб УГПС МЧС России ($n = 112$), лонгитюдно обследованных до, через 5 суток и спустя 12 месяцев после возвращения из командировки в зону ЧС (наводнение в г. Крымск, 2012 г.; на Дальнем Востоке в 2013 г.). Обнаружена негативная динамика эмоционального состояния и соматических изменений (повышение в 1,2 раза частоты и в 1,3 раза длительности заболеваемости). Динамика личностных изменений проявлялась в виде сдвига в сторону увеличения невротического контроля, эмоциональной лабильности, тревожности, мужественности, донозологических симптомов ОСР. Ранние (до 1 года) типы последствий участия в ликвидации природных ЧС установлены с помощью иерархической кластеризации. У 42,6 % сотрудников МЧС преобладает пограничный характер изменений в виде признаков астенизации, смешанного типа реагирования, при котором психастенические черты сочетаются с эмоциональной отстраненностью, эгоцентричностью и импульсивностью. Для 38,7 % сотрудников МЧС характерен неустойчиво-адаптивный тип последствий: средний уровень утомления и психического напряжения, эмоциональная лабильность, импульсивно-доминантный стиль поведения в сочетании с осторожностью и настороженностью, незначительно выраженные симптомы ОСР, частая и длительная заболеваемость. 18,7 % обследо-

ванных имеют конструктивно-адаптивный (позитивный) тип последствий, проявляющийся в виде стенического стрессового реагирования, мужественности, оптимистичности, оптимальной психофизиологической мобилизованности, отсутствия симптомов ОСР и динамики соматической заболеваемости. В параграфе 5.3.4 выполнен сравнительный анализ психологических и соматических последствий, возникающих под влиянием факторов ЧС антропогенного (боевые действия) и природного характера (наводнение) у комбатантов ОВД и сотрудников МЧС, обследованных через 1 год после возвращения из зоны ЧС. Установлено, что неспецифическими (однотипными) последствиями антропогенного и природного типов ЧС являются: усиление невротического контроля, пессимистичности, тревожности, повышение психической напряженности, утомления, частоты и длительности заболеваемости. Однако факторы антропогенной ЧС более интенсивно ухудшают эмоциональное состояние и соматическое здоровье: частота заболеваемости комбатантов возрастает в 2 раза, сотрудников МЧС – в 1,2 раза, длительность – в 3 и в 1,3 раза соответственно. Специфическими последствиями ЧС антропогенного характера являются личностные изменения комбатантов ОВД в сторону усиления черт импульсивности, ригидности, индивидуалистичности и социальной интроверсии. Специфическими последствиями воздействия природных факторов ЧС являются усиление эмоциональной лабильности и мужественности у сотрудников МЧС. В подразделе 5.4 описаны отдаленные (от 1 года до 13 лет) психологические и соматические последствия пожарно-спасательной деятельности, которые определены с помощью иерархической кластеризации выборки сотрудников ФПС МЧС России (n=222), участвовавших в ликвидации ЧС и пожаров различного ранга сложности. В результате установлено, что в отдаленный период профессиональной деятельности типы последствий аналогичны наблюдаемым в ранние сроки. Позитивный (конструктивно-адаптивный) тип отдаленных психологических и соматических последствий характерен для 55,4 % сотрудников МЧС, у которых отмечена низкая частота и длительность заболеваемости, оптимальная психическая и физическая мобилизованность, стеническое стрессовое реагирование на фоне незначительного дистресса и отсутствия симптомов ПТСР. Неустойчиво-адаптивный тип послед-

ствий (стенический тип реагирования с преобладанием возбудимых черт, средний уровень психического напряжения и показателей заболеваемости на фоне минимально выраженных симптомов ПТСР) выявлен у 28,8 % сотрудников МЧС. Негативный (пограничный) тип изменений установлен у 15,8 % обследованных, которые отличаются повышенным утомлением, психической напряженностью и заболеваемостью, субкомпенсированными симптомами ПТСР, гипостеническим типом реагирования, психастеническими и ригидными чертами, выраженной индивидуальностью, риском невротического варианта дезадаптации или декомпенсации личности в сторону усиления сенситивно-индивидуалистических и тормозимых реакций. Таким образом, сходные варианты типов психологических последствий, выявленные в различные сроки профессиональной деятельности у специалистов профессий экстремального профиля деятельности, делают обоснованным предположение об общих уровнях и механизмах адаптационного реагирования, вне зависимости от вида экстремальной деятельности (типа ЧС) и длительности профессионального стажа. С другой стороны, варьируемый удельный вес числа специалистов, отнесенных к выделенным типам, определяется совокупностью внешних (предикторов) и внутренних факторов (особенностей и свойств личности).

На 3-м этапе (6-я глава диссертации) с помощью метода моделирования структурными уравнениями (отдельно по выборкам МВД и МЧС) были построены структурные модели причинно-следственных связей динамических (действующих во времени) предикторов (профессиональных, возрастных, социальных) с психологическими особенностями личности специалистов профессий экстремального профиля, которые обуславливают возникновение и степень выраженности ПТСР, его отдельных симптомов, частоты и длительности заболеваемости. Обобщение результатов одномерных (описательной статистики, сравнительного анализа по параметрическим и непараметрическим критериям, корреляционного анализа) и многомерных методов обработки эмпирических данных (множественного регрессионного, иерархического кластерного анализа, моделирования структурными уравнениями) позволило создать трехкомпонентную структурно-динамическую модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля. Нижняя

часть модели (рисунок 53) включает динамические предикторы психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля (возраст, длительность профессионального стажа, периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности, продолжительность пребывания в зоне КТО и периода реадaptации к мирной жизни). Второй блок содержит психологические и соматические особенности специалистов, которые оказывают опосредованное модифицирующее воздействие на выраженность и тип психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля. Важной составляющей этого блока является мотивационная направленность и степень подготовленности к действиям в экстремальных условиях. Третий блок отражает три типа психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля (конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные и пограничные), возникающих как в ранний (до 1 года), так и отдаленный (более 1 года) периоды.

На 4-м этапе (7-я глава диссертации) была разработана и прошла практическую проверку программа краткосрочной групповой психологической коррекции психического состояния, посттравматических симптомов, личностных изменений, затруднений адаптации у сотрудников МЧС России, принимавших участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также оценена ее эффективность. В рамках программы осуществлялись мероприятия: создание атмосферы доверительного контакта, групповая симптоматическая психокоррекция с использованием элементов краткосрочного психологического консультирования, ориентированного на решение проблемы, техник НЛП, направленных на сознательную трансформацию и отреагирование психотравмирующих образов, актуализацию психических ресурсов и изменение психического состояния; иммерсионные методы коррекции страхов, упражнения на отреагирование агрессивных эмоций, принятие себя («Я-реального») и ответственности за свою жизнь, осознание связи между травмой, образом «Я» и планированием будущего; техники психической саморегуляции. Эффективность краткосрочной программы оценивалась по двум критериям: 1) субъективному – мнение участников об изменении их эмоционального состояния в течение и после ее окончания (опрос, анонимная анкета); 2) объективному (тесты

Люшера, СПА, НПА). В результате установлено, что краткосрочные групповые психокоррекционные мероприятия достоверно улучшают психосоциальные параметры личностной структуры сотрудников МЧС: психическое состояние приблизилось к аутогенной норме, снизилась психическая напряженность, утомление, улучшилась нервно-психическая и социальная адаптация, отмечалась высокая субъективная удовлетворенность участников (информационным, релаксационным блоком программы, психологическим климатом, процессом самопознания, освобождением от преследующих воспоминаний и др.)

Таким образом, результаты исследования позволили подтвердить выдвинутые гипотезы, сформулировать приведенные ниже выводы и практические рекомендации. Однако проведенное исследование не является исчерпывающим и может быть продолжено в нескольких направлениях. В частности, существует необходимость более подробно изучить степень устойчивости и уязвимости индивидуальных психофизиологических особенностей к действию временных предикторов, климатических условий (Крайний Север, жаркий климат), направленность влияния медиаторов (уровня психологической, физической и профессиональной подготовки, самосознания, психофизиологических и соматических особенностей) на развитие разного типа последствий у представителей различных профессий, а также сочетания предикторов – предрасполагающих внутренних и внешних факторов (условий), препятствующих и способствующих психической и соматической дезадаптации (появлению отдельных нозологических форм заболеваний, наиболее существенно ограничивающих работоспособность).

ВЫВОДЫ

1. Теоретическая модель формирования адаптивных и дезадаптивных типов последствий деятельности экстремального профиля представляет собой многокомпонентное образование, отражающее процесс взаимодействия динамических (действующих во времени) ситуационно-психогенных профессиональных факторов и индивидуально-личностных характеристик (биологических, психологических). Средовые факторы запускают интегральный процесс адаптации специалистов к экстремальным условиям деятельности (на биологическом и психологическом уровне), который в раннем периоде проявляется адаптационным стрессовым реагированием, а в отдаленном – формированием соматических и психологических последствий в границах индивидуального диапазона. Тип, устойчивость и степень обратимости изменений детерминируются динамическими характеристиками средовых факторов (сложность, частота, длительность профессиональной деятельности), биологических, психических процессов и состояний, особенностями и свойствами личности при ключевой роли индивидуального адаптационного барьера.

2. Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля представляет собой трехуровневое многокомпонентное образование, включающее: 1) динамические предикторы (возраст, длительность профессионального стажа, пребывания в зоне КТО и периода реадаптации к мирной жизни, периодичность участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности), прямо и косвенно детерминирующие последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности, разной степени сложности и длительности; 2) особенности и свойства личности (мотивационные, эмоционально-волевые, когнитивные, типологические, биологические), выступающие в качестве посредников, способствующих или препятствующих возникновению негативных последствий; 3) типы психологических и соматических последствий (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных и пограничных), отражающих различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

3. У специалистов наблюдаются общие типы психологических последствий деятельности экстремального профиля: конструктивно-адаптивные, неустойчиво-

адаптивные и пограничные. Конструктивно-адаптивный тип характеризуется отсутствием симптомов ПТСР (до 50 Т-баллов), зависимости от психоактивных веществ, признаков личностной дисгармонии, наличием соматического здоровья (низкими показателями заболеваемости), оптимальной психофизиологической мобилизованностью, стеническим типом стрессового реагирования, рациональной конструктивной активностью, оптимизмом, решительностью, мужественностью, конформизмом. Неустойчиво-адаптивный тип отличается умеренно выраженными симптомами ПТСР (50-64 Т-баллов), средними показателями заболеваемости, психического напряжения, утомления и дистресса, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт, индивидуалистичностью, отдельными признаками личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования. Пограничный тип последствий характеризуется выраженными симптомами ПТСР (65-75 Т-баллов), частой и длительной заболеваемостью, психической напряженностью, утомлением, гипостеническим или смешанным типом стрессового реагирования, дисбалансом противоречивых личностных свойств, нонконформизмом, склонностью к употреблению психоактивных веществ.

4. В ранний период реадaptации после ЧС (до 1 года) у комбатантов ОВД преобладают неустойчиво-адаптивный (45 %) и конструктивно-адаптивный (37,5 %) типы последствий. В отличие от них, у сотрудников МЧС преобладает негативный тип (42,6 %) и неустойчиво-адаптивный (38,7 %) типы. В отдаленные сроки служебно-боевой деятельности (от 1 до 13 лет) максимальная представленность конструктивно-адаптивных последствий наблюдается у комбатантов ОМОН (62 %), минимальная – у сотрудников сводного отряда ОВД (29,6 %) с преобладанием неустойчиво-адаптивного типа изменений (51 %). Пограничный тип последствий в отдаленные сроки служебно-боевой деятельности у профессионалов всех групп составляет 16-19 % (комбатанты ОВД – 19,4 %, комбатанты ОМОН – 16,7 %, сотрудники МЧС – 15,8 %).

5. Способствуют возникновению негативных психологических и соматических последствий особенности (психологические, биологические) и свойства личности специалистов профессий экстремального профиля, непосредственно усиливающиеся

(или возникающие) под влиянием динамически действующих предикторов: пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность, низкий волевой самоконтроль, индивидуалистичность, органические нарушения ЦНС (медиаторы 1-го порядка), фрустрационная напряженность, тревожность, чувство вины, замкнутость, низкая нормативность поведения (медиаторы 2-го порядка). Препятствуют возникновению негативных последствий: оптимистичность, экстраверсия, демонстративность, эмоциональная устойчивость, высокий волевой самоконтроль, гибкость мышления и поведения, рациональность (медиаторы 1-го порядка), общительность, спокойствие, расслабленность, высокая нормативность поведения (медиаторы 2-го порядка).

6. Мотивация к деятельности экстремального профиля является одним из ведущих факторов, оказывающих модифицирующее влияние на тип психологических и соматических последствий. У сотрудников ОВД с отрицательной мотивацией участия в КТО развиваются негативные последствия в виде повышенного невротического контроля, эмоциональной лабильности, индивидуалистичности, ригидности, страха перед агрессией окружающих, фрустрационных реакций с фиксацией на самозащите, пассивности, затрудненной социальной (профессиональной) адаптации. У сотрудников МЧС с эго-ориентированной мотивацией выбора профессии преобладают негативные последствия в виде психического напряжения, социальной интроверсии, враждебности, эмоционального выгорания, субкомпенсированных симптомов ПТСР, склонности к уходу от решения проблем и употреблению крепких алкогольных напитков, на фоне ощущения недостаточной социальной поддержки семьи и коллег.

7. Предварительная подготовленность к проведению КТО влияет на характер психологических последствий, поэтому у бойцов ОМОН, по сравнению с комбатантами ОВД, чаще наблюдаются позитивные личностные изменения (эмоциональная устойчивость, волевой самоконтроль, смелость, экспрессивность, сообразительность, независимость, нормативность поведения, отсутствие симптомов ОСР и ПТСР). В негативную сторону бойцы ОМОН отличаются от комбатантов ОВД повышенным уровнем психического напряжения, тревожности, индивидуалистичности. Общие адаптивные реакции у бойцов ОМОН и комбатантов ОВД (чуткость к опасности, спо-

способность мыслить аналитически, эмоционально дистанцируясь от происходящего, конформизм референтной группе), вероятно, указывают на единую природу развития некоторых личностных изменений, которые не зависят от профессиональной принадлежности и степени подготовленности к действиям в боевых условиях.

8. Негативные психологические последствия участия в КТО (социальная интроверсия, пессимизм, ригидность, симптомы «избегания», физиологической гипервозбудимости ПТСР) возрастают пропорционально длительности «боевого стажа» и максимально выражены в период 200-350 суток (между 2-й и 4-й командировками). Дальнейшее увеличение «боевого стажа» (суммарно более 350 суток) приводит к устойчивым адаптивным (снижению симптомов физиологической гипервозбудимости ПТСР, социальной интроверсии, гипотимии, тревожности, осторожности) и позитивным личностным изменениям (снижению подозрительности, увеличению независимости, самостоятельности, спокойствия и конформизма).

9. Динамика возникновения психологических последствий с момента первого участия в боевой операции имеет прогрессивный (медленно прогрессирующий в сторону нарастания или снижения) и интермиттирующий характер (с чередованием периодов улучшения и ухудшения состояния), при этом личностные изменения на протяжении критического периода (1,5-3 года) приобретают тенденцию к закреплению. Негативные последствия участия в КТО с *интермиттирующим* характером изменений: в течение первых 3-х лет усиливаются эмоциональная лабильность, невротический контроль, с последующей их компенсацией, снижается гибкость мышления и ухудшается пространственное мышление с последующим нарастанием показателей. Ригидные черты личности первоначально компенсируются, но по прошествии 3-х лет усугубляются. Негативные последствия боевого стресса с *прогрессивным* развитием изменений: снижается оптимистичность, нарастают социальная интроверсия, тревожность, неконформизм, частота заболеваемости. *Позитивные* последствия участия в КТО имеют *прогрессивное* течение: нарастают самостоятельность, независимость, упорство, практичность, исполнительность, сглаживаются демонстративные черты личности и снижается чувствительность к средовым воздействиям.

10. Продолжительная (10 и более лет) деятельность экстремального профиля приводит, преимущественно, к негативным последствиям: повышенной тревожности (у сотрудников ОВД), утомляемости, социальной интроверсии, невротическому контролю, пессимизму, ригидности, частой и длительной заболеваемости, субклиническим симптомам ОСР и ПТСР (у специалистов ОВД и МЧС), парасимпатическому тону ЖКТ, частому (3-6 раз/месяц) употреблению алкоголя (у сотрудников МЧС). При этом имеют место позитивно-адаптивные личностные изменения: повышение конформизма (у специалистов обеих профессий), устойчивости к монотонному труду, практичности, упорства, мужественности, нормативности поведения, исполнительности (у сотрудников ОВД), эмоциональной устойчивости, доброжелательности (у сотрудников МЧС).

11. Сложность и интенсивность деятельности оказывает различное воздействие на специалистов МВД и МЧС России. Участие в ликвидации сложных пожаров приводит у сотрудников МЧС к негативным последствиям: усилению психического напряжения, утомления, гипотимных и тормозимых черт, эмоциональной лабильности, ригидности, ПТСР, частой и длительной заболеваемости, случаям профессионального травматизма, субклиническим симптомам вегетативной дисфункции ЖКТ и никотиновой зависимости. У сотрудников ОВД длительная (15 и более лет) профессиональная деятельность в мирных условиях вызывает психологические изменения, сходные с теми, которые происходят под влиянием кратковременной (4-5 месяцев) служебно-боевой деятельности в условиях КТО (усиление пессимизма, тревожности, невротического контроля, ригидности). При этом кратковременное влияние боевых стресс-факторов носит менее негативный характер, чем продолжительная профессиональная деятельность в мирных условиях. Сотрудники с длительным стажем службы в ОВД превосходят комбатантов по таким негативным изменениям как: социальная интроверсия, пессимизм, психическое напряжение, дистимия.

12. Под влиянием экстремальных факторов ЧС антропогенного и природного характера у профессионального контингента возникают ранние (до 1 года) неспецифические (однотипные) и специфические (характерные) психологические и соматические последствия. Неспецифическими последствиями ЧС являются: усиление невро-

тического контроля, тревожности, пессимизма, психической напряженности, утомления, повышение частоты и длительности заболеваемости, однако факторы антропогенной ЧС вызывают более выраженную гипотимическую реакцию. Специфическими последствиями ЧС антропогенного характера (боевые действия) являются личностные изменения комбатантов ОВД в сторону усиления черт импульсивности, ригидности, индивидуалистичности и социальной интроверсии. Специфическими последствиями воздействия природных факторов ЧС (наводнение) являются усиление эмоциональной лабильности и возрастание мужественности у сотрудников МЧС.

13. Под влиянием совокупности факторов профессиональной деятельности у сотрудников МЧС и комбатантов ОВД возникают отдаленные (1-7 лет) специфические (позитивные, негативные) и неспецифические (адаптивные, не зависящие от профиля деятельности) психологические и соматические последствия. Специфически-негативные последствия профессии пожарно-спасательного профиля: смешанный тип стрессового реагирования, эмоциональная лабильность, донозологические симптомы ПТСР. Специфически-позитивные последствия: эмотивность, лучшая физическая подготовка и менее длительная заболеваемость по сравнению с сотрудниками ОВД. Специфически-негативные последствия боевого стресса: в 1,7 раза более длительная заболеваемость и в 2 раза более частая встречаемость ЧМТ у комбатантов, по сравнению с сотрудниками МЧС, повышенный уровень психического напряжения, импульсивности, ригидности, социальной интроверсии, донозологических симптомов ПТСР. К специфически-позитивным последствиям участия в КТО относятся: стенический тип реагирования, оперативность и решительность действий, мужественность. Неспецифически-адаптивные личностные изменения: устойчивость к возникновению гипотимических, ипохондрических и психастенических проявлений, способность эмоционально дистанцироваться от ситуации, осторожность, конформизм по отношению к референтной группе, исполнительность.

14. Деятельность экстремального профиля существенно повышает риск возникновения ПТСР. Риск ПТСР выше в отдаленном периоде реадаптации к мирной жизни после однократного длительного участия в КТО у интровертированных, пессимистичных комбатантов ОВД зрелого возраста с невыраженными демонстратив-

ными чертами личности, а также у молодых, ригидных, пессимистичных, интровертированных сотрудников ФПС МЧС России, часто участвующих в ликвидации сложных пожаров. Риск отдельных симптомов ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации после однократной краткосрочной командировки в зону КТО, у эмоционально лабильных, замкнутых комбатантов зрелого возраста, с низким волевым самоконтролем, чувством вины и фрустрационной тревожности.

15. Деятельность экстремального профиля существенно повышает риск возникновения соматических последствий. Риск частой и длительной заболеваемости выше в отдаленном периоде реадaptации после однократной продолжительной спецкомандировки у комбатантов зрелого возраста, отличающихся эмоциональной лабильностью, высоким невротическим контролем и низкой нормативностью поведения, а также у импульсивных, индивидуалистичных сотрудников ФПС МЧС (вне зависимости от их возраста), принимавших участие в ликвидации сложных пожаров, у которых имеются ЧМТ, выраженные симптомы «избегания» и «гипервозбудимости» ПТСР, склонность к систематическому употреблению алкоголя.

16. Программа краткосрочной групповой психологической коррекции достоверно улучшает психосоциальные составляющие личностной структуры сотрудников МЧС, участвовавших в ликвидации последствий ЧС, воздействуя на следующие мишени: информированность в проблеме влияния ЧС на личность, образ «Я», психическое состояние, негативные эмоции, страхи, ригидные установки, нерациональные стратегии поведения, межличностные отношения, донозологические симптомы ПТСР, саморегуляция, личностные ресурсы психологической резистентности. У участников программы психическое состояние приблизилось к аутогенной норме, снизился уровень психической напряженности и утомления, улучшилась нервно-психическая и социальная адаптация, отмечалась высокая субъективная удовлетворенность информационным и релаксационным блоком программы, психологическим климатом, процессом самопознания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При профессиональном психологическом отборе в подразделения МВД России желательно рекомендовать на службу экстравертированных, оптимистичных, эмоционально устойчивых кандидатов с низким уровнем личностной тревожности, высоким волевым самоконтролем, у которых мотивы и цели интегрированы, не противоречат друг другу, стенический профиль СМИЛ находится в нормативном диапазоне (ведущая 9-я шкала, 3-я, 4-я, 8-я шкалы не превышают 60 Т-баллов, остальные – не выше 50 Т-баллов), отнесенных по результатам медицинского освидетельствования на ОВВК к 1-й или 2-й группе предназначения.

2. При профессиональном психологическом отборе в подразделения МЧС России желательно рекомендовать на службу кандидатов с социально-ориентированной мотивацией выбора профессии, отличающихся лабильностью нервных процессов, гибкостью мышления, экстраверсией, у которых стенический профиль СМИЛ находится в нормативном диапазоне (ведущая 9-я шкала, 4-я, 6-я, 8-я шкалы не превышают 60 Т-баллов, остальные – не выше 50 Т-баллов), в анамнезе отсутствуют ЧМТ, частая и длительная соматическая заболеваемость, никотиновая и алкогольная зависимость, симптомы вегетативной дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта, избыточный индекс Кетле.

3. При проведении предэкспедиционного психологического отбора желательно исключить случаи откомандирования в зону ЧС эмоционально лабильных, тревожных, импульсивных, индивидуалистичных лиц с выраженной интроверсией, психической ригидностью, напряженностью, гипотимией, признаками невротизации и утомления, имеющих психические и черепно-мозговые травмы, склонность к употреблению алкоголя, частую и длительную соматическую заболеваемость.

4. При психологическом отборе для проведения КТО желательно исключить случаи откомандирования в зону вооруженного конфликта интровертированных, пессимистичных сотрудников МВД с невыраженными демонстративными чертами личности, эго-ориентированной мотивацией участия в боевых действиях (отсутствие привязанностей, жизненной перспективы, уход от личных проблем, пассивная личностная позиция, удовлетворение утилитарных потребностей), у которых имеются

факторы риска дезадаптации (астенический, гиперстенический, смешанный профиль СМИЛ, низкий волевой самоконтроль и нормативность поведения, выраженная эмоциональная лабильность, тревожность, невротический контроль, дисгармоничные семейные отношения, ЧМТ, частая и длительная соматическая заболеваемость).

5. Предельный срок однократного непрерывного пребывания сотрудников МВД в условиях КТО не должен превышать 200 суток (6 месяцев), с целью предотвращения возникновения негативных личностных изменений и симптомов ПТСР.

6. В рамках мероприятий психологического сопровождения и медико-психологической реабилитации после возвращения из спецкомандировки психологическая помощь комбатантам ОВД должна оказываться в следующие сроки: в первые 7-10 дней, 6 месяцев, 1 год. В дальнейшем помощь должна, при необходимости, повторяться каждые полгода на протяжении первых 3-х лет реадaptационного периода. При этом в реабилитационной программе должны учитываться типы психологических и соматических последствий деятельности экстремального профиля.

7. В ранний реадaptационный период (в течение 1-го года после возвращения из зоны КТО и ЧС) всем сотрудникам должен быть рекомендован достаточный по продолжительности отдых, здоровый образ жизни. Лицам с неустойчиво-адаптивным типом последствий показаны разнообразные релаксационные мероприятия (массаж, водные процедуры, физические упражнения, физиотерапия, аутотренинг и др.), групповые занятия по ситуативно-образному отреагированию психотравмирующих эпизодов, эмоциональной регуляции состояния (тревожно-депрессивных, астенических и невротических проявлений). В случае необходимости проводятся психологическое консультирование и психокоррекция (эмоциональной лабильности, импульсивности, агрессивности, дискommункативности, нерациональных стратегий поведения), психотерапия симптомов ОСР, лечение заболеваний и функциональных соматических нарушений. Лицам с пограничным типом последствий, помимо перечисленного выше, рекомендована психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная) на фоне своевременных соматических лечебных и восстановительных процедур, ограничения активности с целью предупреждения психофизического перенапряжения, создания комфортных условий жизнедеятельности,

устраняющих возможность декомпенсации дефицитарных функциональных систем. Сотрудникам с конструктивно-адаптивным типом последствий рекомендован активный отдых, спорт, систематический контроль соматического состояния, с целью активирования резервов работоспособности и стрессоустойчивости, закрепления адекватных форм поведения и реагирования, даже при отсутствии субъективных жалоб и объективных расстройств.

8. В отдаленный реадаптационный период (от 1 до 3-х лет) всем сотрудникам рекомендован здоровый образ жизни, спорт, четкое разграничение времени работы и полноценного отдыха, ежегодный систематический контроль соматического состояния, своевременное лечение соматической патологии. Мишенями психокоррекционного воздействия могут являться ригидные установки, замкнутость, пессимизм, пассивность, неудовлетворенность, эмоциональная неустойчивость, низкие самоконтроль, нормативность поведения и толерантность к фрустрации. Индивидуальная и семейная психотерапия может быть направлена на обретение контроля над эмоциональными реакциями, изменение иерархии личностных ценностей, восстановление образа «Я», интеграцию травматического опыта во временную перспективу жизни, преодоление неадекватных механизмов психологической защиты, укрепление личностных ресурсов психологической резистентности, лечение симптомов ПТСР, восстановление гармоничных межличностных и семейных отношений.

9. В профессионально-психологическую подготовку сотрудников МВД и МЧС России целесообразно включить лекции на тему «Ранние и отдаленные психологические последствия деятельности экстремального профиля», а также дополнить материал практических занятий с целью освоения техник саморегуляции и самозащиты от профессионального стресса. Включить в мероприятия психологического сопровождения программу краткосрочной групповой психологической коррекции психического состояния, посттравматических симптомов и личностных изменений.

10. В программы подготовки, переподготовки и повышения квалификации психологов МЧС, МВД и Минобороны РФ включить тему «Структурно-динамическая модель личностных изменений специалистов профессий экстремального профиля».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллин, А.Г. Социально-психологические последствия крупномасштабных техногенных катастроф в отдаленном периоде (на примере Уральского региона): дис. ... докт. психол. наук / А.Г. Абдуллин. – Магнитогорск, 2006. – 447 с.
2. Абрамова, Т.В. О медико-психологическом состоянии бойцов ОМОН после возвращения из служебной командировки из зоны ЧС / Т.В. Абрамова // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тезисы докл. Всерос. совещания руководителей подразделений психол. обеспечения ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 219-220.
3. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
4. Абульханова, К.А. Психосоциальный и субъектный подходы к исследованию личности в условиях социальных изменений / К.А. Абульханова, М.И. Воловикова // Психол. журн. – 2007. – Т. 28. – № 5. – С. 5-14.
5. Автократов, П.М. Призрение, лечение и эвакуация душевнобольных во время Русско-Японской войны в 1904-1905 годах / П.М. Автократов // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1906. – № 10. – С. 665-688.
6. Агарков В.А. Опросник перитравматической диссоциации / В.А. Агарков, Н.В. Тарабрина // Материалы III науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». – Пермь, 1998. – С. 82-85.
7. Агарков, В.А. Апробация структурированного клинического интервью для диагностики диссоциативных расстройств (СКИД-Д) в рамках классификации DSM-IV / В.А. Агарков, Н.В. Тарабрина // Материалы IV науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников ЧС: междисциплинарный подход». – Пермь, 1999. – С. 48-51.
8. Агарков, В.А. Кросс-культурное исследование диссоциативных феноменов / В.А. Агарков, Н.В. Тарабрина, А.В. Метелев, М.Е. Иконникова, Я.Ю. Епутаев // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: сб. тр. VII междунар. науч. конф. – Минск, 2000. – С. 28-32.

9. Агарков, В.А. Взаимосвязь интенсивности перитравматической диссоциации с выраженностью симптомов посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войны в Афганистане / В.А. Агарков // Подготовка и организация работы клинических психологов в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования: тезисы докл. науч.-практ. конф. – М., 2001. – С. 92.

10. Агарков, В.А. Эмпирические исследования диссоциации / В.А. Агарков // Материалы юбилейной науч. конф. «Современная психология: состояния и перспективы». – М.: ИП РАН, 2002. – Т. 1. – С. 242.

11. Агрелль, Я. Стресс: его военные следствия – психологические аспекты проблемы. / Я. Агрелль // Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. – Л.: Медицина, 1970. – С. 248.

12. Адаев, А.И. Организация психореабилитационных мероприятий с сотрудниками ОВД и военнослужащими внутренних войск, находившимися на излечении в Главном клиническом госпитале МВД России после выполнения служебно-боевых задач в СКР / А.И. Адаев // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. — М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 304-308.

13. Александров, Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника и лечение / Е.О. Александров. – Новосибирск: Сибвузиздат, 2001. – 160 с.

14. Александров, Е.О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства / Е.О. Александров. – Новосибирск: Сибпринт, 2005. – С. 200-201.

15. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства) / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.

16. Александровский, Ю.А. Психогении в экстремальных условиях. / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 97 с.

17. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
18. Ананьев, Б.Г. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека / Б.Г. Ананьев // Психология и проблемы человекознания / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Ин-т практической психологии, Воронеж: НПО Модэк, 1996. – С. 196-257.
19. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Ананьев Б.Г. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
20. Андреев, Н.В. Психодиагностика и возможность прогноза дезадаптивных реакций сотрудников ОВД в боевой обстановке / Н.В. Андреев // Психологическая диагностика и коррекция постстрессовых состояний у сотрудников ОВД: материалы семинара практ. психологов служб и подразделений ГУВД г. Москвы. – М.: Академия МВД РФ, 1997. – С. 38-44.
21. Андреев, Н.В. Влияние психологического фактора на деятельность подразделений ОВД в экстремальных условиях / Н.В. Андреев // Материалы семинара практич. психологов служб и подразделений ГУВД г. Москвы. – М.: Академия МВД РФ, 1998. – С. 28-35.
22. Аникеев, А.И. Аудиокурс «Щит». Комплекс аудиальных компьютерных программ: «Сон», «Уверенность», «Выбор», «Творчество» / А.И. Аникеев, О.В. Мохряков, А.В. Павлов. – СПб.: Вера, 1998.
23. Антонова, Н.А. Социально-психологические факторы нервно-психической дезадаптации сотрудников силовых структур: дис. ... канд. психол. / Н.А. Антонова. – СПб.: СПбГУ, 2010. – 326 с.
24. Анцупова, Г.Л. Трансформация ценностных ориентаций у сотрудников ОМОН СК УВДТ после командировок в зоны вооруженного конфликта / Г.Л. Анцупова // Материалы науч.-практ. конф. «Особенности психореабилитационной работы с сотрудниками ОВД, прибывших из зоны вооруженного конфликта». – Ростов н/Д: РВШ МВД РФ, 1997. – С. 29-32.
25. Анцупова, Г.Л. Сравнительный анализ ценностных ориентаций у сотрудников различных профессиональных групп / Г.Л. Анцупова, В.Н. Попов // Материа-

лы науч.-практ. конф. психологов подразделений Ростовского гарнизона милиции «Роль и место прикладной психологии в системе совершенствования подготовки и воспитания личного состава». Ростов н/Д: РВШ МВД РФ, 1997. – С. 43-46.

26. Анцыферова, Л.И. О динамическом подходе к психологическому изучению личности / Л.И. Анцыферова // Психол. журн. – 1980. – № 2. – С. 52-60.

27. Анцыферова, Л.И. Системный подход к изучению и формированию личности / Л.И. Анцыферова // Проблемы психологии личности. – М.: ИП АН СССР, 1982. – С. 140-147.

28. Анцыферова, Л.И. Системный подход в психологии личности / Л.И. Анцыферова // Принцип системности в психологических исследованиях. – М.: Наука, 1990. – С. 37-49.

29. Анцыферова, Л.И. Развитие личности специалиста как субъекта своей профессиональной жизни / Л.И. Анцыферова // Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала / Под ред. В.А. Бодрова. – М.: Ин-т психологии АН СССР, 1991. – С. 27-42.

30. Апчел, В.Я. Стресс и стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган. – СПб.: ВМедА, 1999. – 86 с.

31. Асеев, В.Г. Мотивация поведения и формирование личности / В.Г. Асеев. – М.: Мысль, 1976. – 158 с.

32. Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Прикладная психология. – 1999. – № 1. – С. 41-47.

33. Ахмедова, Х.Б. Изменения личности при посттравматическом стрессовом расстройстве: по данным обследования мирного населения, пережившего военные действия: автореф. дис. ... докт. психол. наук / Х.Б. Ахмедова. – М.: МНИИ психиатрии МЗ РФ, 2004. – 45 с.

34. Ашанина, Е.Н. Психология копинг поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России: концепция, модель, технологии: дис. ... докт. психол. наук / Е.Н. Ашанина. – СПб.: СПб УГПС МЧС России, 2011. – 340 с.

35. Бай-Балаева, Е.К. К вопросу о социальной ситуации развития личности воинов-интернационалистов, несших службу в Афганистане / Е.К. Бай-Балаева // Пси-

хологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации: сб. науч. тр. – М., 1989. – С. 66-70.

36. Бакиров, Р.С. Динамика эмоционально-мотивационных характеристик сотрудников Государственных пожарной и спасательной служб в период реабилитации: дис. ... канд. мед. наук / Р.С. Бакиров. – Казань: ИППО РАО, 2014. – 189 с.

37. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология. Вопросы определения нормы и отклонений / Л.М. Балабанова. – Д: Сталкер, 1998. – 432 с.

38. Баранова, А.В. Динамика личностных особенностей в процессе профессионального становления сотрудников силовых структур: дис. ... канд. психол. наук / А.В. Баранова. – М.: РГГУ, 2009. – 206 с.

39. Безносков, С.П. Профессиональная деформация личности / С.П. Безносков. – СПб.: Речь, 2004. – 272 с.

40. Белозерова, Н.Н. Особенности психологической адаптации военнослужащих к экстремальным условиям несения службы: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.Н. Белозерова. – Ставрополь: СтавГУ, 2005. – 24 с.

41. Беребин, М.А. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ / М.А. Беребин, Л.И. Вассерман // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 46 – С. 12.

42. Береговой, ГЛ. Экспериментально-психологические исследования в авиации и космонавтике / ГЛ. Береговой, Н.Д. Завалова, Б.Ф. Ломов, В.А. Пономаренко. – М.: Наука, 1978. – 303 с.

43. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.

44. Бессонова, Ю.В. Формирование профессиональной мотивации спасателей: дис. ... канд. психол. наук / Ю.В. Бессонова. – Москва, 2003. – 260 с.

45. Бехтерев, В.М. Война и психозы / В.М. Бехтерев // Обозрение психиатрии, неврологии и эксперимент. психологии. – 1914-1915. – Т. 19. – № 4/6. – С. 317-335.

46. Бовин, Б.Г. Методические рекомендации по психологическому сопровождению подразделений вневедомственной охраны / Б.Г. Бовин, М.О. Калашников, О.Э. Калашникова, Т.Б. Панова. – М.: НИЦ ПМО МВД РФ, 1997. – 76 с.
47. Бодров, В.А. Инженерно-психологические принципы оптимизации систем управления летательными аппаратами / В.А. Бодров, Г.М. Зараковский // Космическая биология и авиакосмическая медицина. – 1978. – № 2. – С.8-15.
48. Бодров, В.А. Психология профессиональной пригодности / В.А. Бодров. – М.: ПЕРСЭ, 2001. – 511 с.
49. Бодров, В.А. Нелинейная модель мотивационной сферы личности / В.А. Бодров, Г.В. Ложкин, А.Н. Плющ // Психол. журн. – 2001. – № 2. – С. 90-100.
50. Бодров, В.А. Диагностика и прогнозирование профессиональной мотивации в процессе психологического отбора / В.А. Бодров, Л.Д. Сыркин // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 1. – С. 73-81.
51. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЕРСЭ, 2006. – 528 с.
52. Бодров, В.А. Психология профессиональной деятельности. Теоретические и прикладные проблемы / В.А. Бодров. – М.: ИП РАН, 2006. – 624 с.
53. Бодров, В.А. Профессиональная зрелость человека (психологические аспекты) / В.А. Бодров // Феномен и категория зрелости в психологии. – М.: ИП РАН, 2007. – С. 174-197.
54. Бодров, В.А. Развитие системного подхода в исследованиях профессиональной деятельности / В.А. Бодров // Психол. журн. – 2007. – Т. 28. – № 3. – С. 23-28.
55. Бодров, В.А. Современные исследования фундаментальных и прикладных проблем психологии профессиональной деятельности. Часть 1 / В.А. Бодров // Психол. журн. – 2008. – Т. 29, № 5. – С. 83-90
56. Бодров, В.А. Современные исследования фундаментальных и прикладных проблем психологии профессиональной деятельности. Часть 2 / В.А. Бодров // Психол. журн. – 2008. – Т. 29, № 6. – С. 66-74.
57. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.

58. Бондарев, Н.И. К вопросу о влиянии боевых впечатлений на солдат / Н.И. Бондарев // Научная медицина. – 1919. – № 3. – С. 299-303.
59. Брушлинский, А.В. О критериях субъекта и его деятельности / А.В. Брушлинский // Психология субъекта профессиональной деятельности. – М.: ИП РАН, 2001. – С. 5-23.
60. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – Киев: Наук. думка, 1989. – 200 с.
61. Бухвостов, А.В. Психологические особенности копинг-поведения сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России: дис. ... канд. психол. наук / А.В. Бухвостов. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова, 2004. – 170 с.
62. Вавилов, М.В. Оперативный психологический контроль и прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля: дис. ... канд. психол. наук / М.В. Вавилов. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2003. – 163 с.
63. Васильев, А.Ю. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости сотрудников ОВД с болезнями системы кровообращения / А.Ю. Васильев, С.Л. Панасенко, М.Я. Привалова // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 3 – С. 49-51.
64. Васильев, В.Л. Психологические основы организации труда следователя: учеб. пособие / В.Л. Васильев. – Волгоград: Изд-во ВСШ МВД СССР, 1976. – 56 с.
65. Василевский, В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого посттравматического стрессового расстройства / В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 2. – С. 7-10.
66. Вассерман, Л.И. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: метод. пособие / Л.И. Вассерман, М.А. Беребин. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997. – 52 с.
67. Вахов, В.П. Особенности психического состояния сотрудников ОВД, работающих в экстремальных условиях / В.П. Вахов [и др.]. – Домодедово, 1992. – 115 с.
68. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика: руководство для врачей / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, А.Д. Соловьева [и др.] / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. информ. агенство, 1998. – 752 с.

69. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса: практикум / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
70. Волков, А.А. Психологическая подготовка сотрудников ОВД и ее практическое значение в повышении их профессионального мастерства / А.А. Волков // Материалы семинара практ. психологов служб и подразделений ГУВД г. Москвы. – М.: ГУВД, 1996. – С. 38-41.
71. Волков, В.В. Некоторые результаты изучения профессиональной деформации личности следователя / В.В. Волков // 4-й Всесоюзный съезд общества психологов СССР «Проблемы судебной психологии». – М., 1971. – С. 11-12.
72. Волков, С.И. Коррекция дезадаптивного нервно-психического состояния у сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России с помощью дыхательных психотехнологий: дис. ... канд. психол. наук / С.И. Волков. – СПб.: СПб УГПС МЧС России, 2007. – 149 с.
73. Волобуева, Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук / Ю.М. Волобуева. – М.: ВУМО, 2009. – 215 с.
74. Воробьев, А.В. Латентно-структурная математическая модель влияния психосоциальных факторов на психосоматическое состояние подростков / А.В. Воробьев, Т.Ю. Баркова // Естественные и технические науки. – 2011. – № 3. – С. 23-25.
75. Вырубов, Н.А. К постановке вопроса о психозах и психоневрозах войны / Н.А. Вырубов // Психиатрическая газета. – 1915. – № 5. – С. 70-72.
76. Ганнушкин, П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности / П.Б. Ганнушкин // Труды психиатрической клиники (Девичье поле). – 1926. – Вып. 2. – С. 52-59.
77. Гашигуллин, А.Р. Психологическое обеспечение деятельности сотрудников ОВД и внутренних войск в экстремальных условиях / А.Р. Гашигуллин // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регион. семинара практ. психол. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 314-317.

78. Гиляровский, В.А. Старые и новые проблемы психиатрии / В.А. Гиляровский. – М.: Медгиз, 1946. – 198 с.
79. Гиляровский, В.А. Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения / В.А. Гиляровский // Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. – Киев, 1946. – С. 285-288.
80. Глушко, А.Н. О проблеме психофизиологической реабилитации / А.Н. Глушко, Б.В. Овчинников, Л.А. Яншин // Военно-мед. журн. – 1994. – № 6 – С. 46-50.
81. Гозман, Л.Я. Самоактуализационный тест / Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская. – М.: Рос. пед. агентство, 1995. – 43 с.
82. Голиков, Ю.Я. Психология автоматизации управления техникой / Ю.Я. Голиков, А.Н. Костин. – М.: ИП РАН, 1996. – 160 с.
83. Голобородько, С.А. Опыт изучения и анализ морально-психологического состояния военнослужащих внутренних войск в ходе боевых действий на территории Чеченской Республики в 1994-1996 годах / С.А. Голобородько // Проблемы повышения боеспособности ВВ МВД России в современных условиях: тезисы межвуз. науч.-практ. конф. – СПб.: СПб ВИ ВВ МВД России, 2001. – Ч. 1. – С. 115-117.
84. Горбушина, И.А. Социально-психологические последствия природных катастроф у сельских жителей (на материале наводнения в Ставропольском крае): дис. ... канд. психол. наук / И.А. Горбушина. – М.: РГСУ, 2004. – 184 с.
85. Гордиенко, Д.А. Психологическая адаптация сотрудников органов внутренних дел – участников боевых действий: дис. ... канд. психол. наук / Д.А. Гордиенко. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2005. – 235 с.
86. Горенков Р.В. Обзор журнала «American Journal of Industrial Medicine» / Р.В. Горенков // Медицина труда и промышленная экология. – 1993. – № 1. – С. 7-9.
87. Государственный стандарт 12.0.003-91. Система стандартов безопасности труда. Опасные и вредные производственные факторы. Классификация.
88. Гурвич, И.Н. Тест нервно-психической адаптации / И.Н. Гурвич // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46-53.

89. Гуревич, В.А. Достижения советской психиатрии за годы Отечественной войны / В.А. Гуревич, Г.Е. Сухарева // Труды Центр. ин-та психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1947. – Т. 3. – С. 42-59.
90. Даутов, Р.Р. Психофизиологические особенности развития утомления у сотрудников органов внутренних дел в процессе труда / Р.Р. Даутов, Н.И. Симонова // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 5. – С. 24-29.
91. Дейнека, О.С. Проявления адаптационного ресурса при социальной и психосоматической дезадаптации / О.С. Дейнека, Е.Р. Исаева // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – Вып.12. – С.146-175.
92. Деркач, А.А. Профессиональная деятельность в особых и экстремальных условиях (психолого-акмеологические основы) / А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин. – М.: Изд-во РАГС, 1998. – 249 с.
93. Доровских, И.В. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству / И.В. Доровских, А.С. Заковряшин, С.Е. Заковряшина, А.А. Козлов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 8 (1). – С. 25-36.
94. Дрига, Б.В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.В. Дрига. – СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова, 2012. – 24 с.
95. Дутов, В.И. Психофизиологические и гигиенические аспекты деятельности человека при пожаре / В.И. Дутов, И.Г. Чурсин. – М.: Защита, 1993. – 299 с.
96. Дуюнов, Я.М. Политико-воспитательная работа в органах внутренних дел: учеб. пособие / Я.М. Дуюнов, В.Н. Мощенко, С.С. Пылев // под ред. Ю.М. Чурбанова. – М.: Юрид. лит., 1982. – 312 с.
97. Дьяконов И.Ф. Психологическая диагностика в практике врача: учеб. пособие / И.Ф. Дьяконов, Б.В. Овчинников / Под ред. В.К. Шамрея. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 143 с.
98. Дьяченко, М.И. О подходах к изучению эмоциональной устойчивости / М.И. Дьяченко, В.А. Пономаренко // Вопросы психологии. – 1990. – № 1. – С. 106-108.

99. Евдокимов, В.И. Психогенно обусловленные расстройства адаптации у авиационных специалистов и их психопрофилактика: автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.И. Евдокимов. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. – 38 с.
100. Епутаев, Е.Ю. Диссоциативные состояния и формально-динамические свойства индивида / Е.Ю. Епутаев, М.Е. Иконникова, В.А. Агарков, Н.В. Тарабрина // Материалы VII междисциплин. конф. биологической психиатрии «Стресс и поведение». – М., 2003. – С. 121-124.
101. Ерюхин, И.А. Экстремальное состояние организма. Элементы теории и практические проблемы на клинической модели тяжелой сочетанной травмы / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников. – СПб.: Эскулап, 1997. – 296 с.
102. Ещенко, Н.Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников СОБР и пути преодоления их последствий: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.Г. Ещенко. – Тверь: ТГУ, 1997. – 21 с.
103. Жаданюк, А.С. Психологические особенности динамики формирования личностных качеств в условиях профессионального стресса (на материале деятельности работников спецподразделений на Северном Кавказе): дис. ... канд. психол. наук / А.С. Жаданюк. – Ярославль: ЯГУ им. П.Г. Демидова, 2005. – 195 с.
104. Жилияев, А.А. Особенности воспитания патриотизма у военнослужащих внутренних войск при выполнении служебно-боевых задач / А.А. Жилияев // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1998. – № 2 (8). – С. 49-52.
105. Заковряшин, А.С. Прогнозирование отдаленных последствий боевой психической травмы с использованием логико-статистических методов / А.С. Заковряшин, И.В. Доровских, С.Е. Заковряшина [и др.] // Неврология и психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 31-38.
106. Залкинд, А.Б. К вопросу о нервных болезнях военного времени / А.Б. Залкинд // Психиатрическая газета. – 1916. – № 5. – С. 76-78.
107. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: МГУ, 1986. – 252 с.
108. Зеленова, М.Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане / М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная, Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 1997. – Т.18, № 2. – С. 34-49.

109. Зеленова, М.Е. Экспериментальное исследование динамики посттравматического адаптационного статуса участников боевых действий / М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная // *Материалы Всероссийской науч. конф. к 120-летию со дня рождения С.Л. Рубинштейна «Психология человека в современном мире»*. – М.: ИП РАН, 2000. – Т. 1. – С. 228-235.

110. Зеленова, М.Е. Успешность посттравматической стрессовой адаптации и особенности профессионального самосознания у ветеранов боевых действий в Афганистане / М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная // *Материалы 3-го съезда РПО «Психология и культура»*. – СПб.: РПО, 2003. – С. 15-18.

111. Зеянина, А.Н. Динамика индивидуально-психологических особенностей ветеранов боевых действий с различным характером военной травмы: дис. ... канд. психол. наук / А.Н. Зеянина. – М.: ИП РАН, 2013. – 138 с.

112. Зиборова, П.А. Социально-психологическая адаптация и прогноз развития дезадаптационных нарушений у военнослужащих специальных подразделений – участников локальных военных конфликтов: автореф. дис. ... канд. психол. наук / П.А. Зиборова – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2009. – 25 с.

113. Знаков, В.В. Сравнительный анализ психологических последствий участия в войне ветеранов Вьетнама и Афганистана (письма в редакцию) / В.В. Знаков // *Психол. журн.* – 1990. – Т.11, № 5. – С. 164-168.

114. Иванов, А.Л. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция / А.Л. Иванов, Н.В. Жуматий, В.В. Рубцов, М.В. Давлетшина // *Московский психотерапевтический журнал.* – 2003. – № 4. – С. 146-163.

115. Иванов, Е.А. Некоторые результаты исследования морально-психологического состояния военнослужащих внутренних войск МВД России в ходе проведения антитеррористической операции в Северо-Кавказском регионе / Е.А. Иванов // *Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов.* – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 323-325.

116. Иванов, С.Н. Психологическое обеспечение деятельности сотрудников ОМОН в экстремальных условиях / С.Н. Иванов // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 326-329.
117. Иванов, П.П. Социально-психологическая реадaptация инвалидов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук / П.П. Иванов. – М., 2004. – 138 с.
118. Иванов, Ф.И. Реактивные психозы в военное время / Ф.И. Иванов. – Л.: Медицина, 1970. – 168 с.
119. Иващенко, С.А. Изучение индивидуально-психологических особенностей спасателей МЧС России: дис. ... канд. психол. наук / С.А. Иващенко. – СПб.: СПбГУ, 2003. – 192 с.
120. Иличкин, В.С. Токсичность продуктов горения полимерных материалов. Принципы и методы определения / В.С. Иличкин. – СПб.: Химия, 1993. – 136 с.
121. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
122. Исаева, Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е.Р. Исаева. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2009. – 136 с.
123. Исаева, Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: дис. ... докт. психол. наук / Е.Р. Исаева. – СПб.: СПбГУ, 2010. – 367 с.
124. Исследование вегетативного тонуса / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, А.Д. Соловьева [и др.] // Заболевания вегетативной нервной системы: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. – С. 39-53.
125. Ичитовкина, Е.Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов Министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Ичитовкина. – Архангельск: СГМУ, 2011. – 22 с.
126. Ичитовкина, Е.Г. Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов Министерства внутренних дел / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37. – С. 56-68.

127. Ичитовкина, Е.Г. Эффективность медико-психологической реабилитации комбатантов / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Неврология и психиатрия. – 2013. – № 5. – С. 42-47.

128. Ищенко, А.Д. Комплексный подход к минимизации последствий токсического воздействия дыма на пожарных / А.Д. Ищенко, Л.А. Коннова // Вестник СПб УГПС МЧС России. – 2012. – № 1. – С. 1-11.

129. Кабаков М.Г. Проблемы психологического сопровождения сотрудников ОВД, выполняющих служебно-боевые задачи в экстремальных условиях / М.Г. Кабаков // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. М.: ЦИиНМОКП МВД России, 2000. – С. 331-334.

130. Каверин, С.Б. Мотивация труда / С.Б. Каверин. – М.: ИП РАН, 1998. – 224 с.

131. Кадыров, Р.В. Влияние боевых действий на личностные особенности профессиональных военнослужащих (на примере офицеров морской пехоты): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Р.В. Кадыров. – М.: МГУ, 2005. – 22 с.

132. Как преодолеть психотравму и восстановить душевное равновесие: метод. пособие по психотравмотерапии / Под ред. Л.В. Мищенко. – Пятигорск: РИА-КМВ, 2012. – 328 с.

133. Калмыкова, Е.С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е.С. Калмыкова, Е.А. Миско, Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2001. – Т. 22, № 4. – С. 70-80.

134. Калмыкова, Е.С. Ранняя привязанность и ее влияние на устойчивость к психической травме (сообщение 1) / Е.С. Калмыкова, М.А. Падун // Психол. журн. – 2002. – № 2. – С. 88-105.

135. Калмыкова, Е.С. Взаимосвязь типа привязанности признаков посттравматического стресса (сообщение 2) / Е.С. Калмыкова, С.А. Комиссарова, М.И. Падун, В.А. Агарков // Психол. журн. – 2002. – Т. 24, № 6. – С. 89-97.

136. Камышанов, А.А. Психологические условия повышения эффективности деятельности начальника ДГ КПП / А.А. Камышанов // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1998. – № 2 (8). – С. 30-35.

137. Канторович, Н.В. Психогении / Н.В. Канторович. – Ташкент: Медицина, 1967. – 263 с.
138. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: пер. с англ. в 2-х т. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Садок. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – 673 с.
139. Каппушев, С.С. Психологические особенности мотивации профессиональной деятельности сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России: дис. ... канд. психол. наук / С.С. Каппушев. – СПб.: СПб УГПС МЧС России, 2006. – 175 с.
140. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.
141. Карамова, Э.И. Особенности проявления инициативности сотрудников правоохранительных органов с учетом стажа профессиональной деятельности: дис. ... канд. психол. наук / Э.И. Карамова. – М.: РУДН, 2008. – 191 с.
142. Караяни, А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава Сухопутных войск в локальных военных конфликтах: дис. ... докт. психол. наук / А.Г. Караяни. – Москва, 1998. – 355 с.
143. Кашанин, А.А. Психологическое обеспечение деятельности сотрудников ОВД в экстремальных условиях / А.А. Кашанин // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 334-336.
144. Кекелидзе З.И. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства / З.И. Кекелидзе, А.А. Портнова // Неврология и психиатрия. – 2009. – № 9. – С. 4-7.
145. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
146. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Академический Проект, 2009. – 944 с.
147. Китаев-Смык, Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Смысл, 2012. – 464 с.

148. Климов, Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 400 с.
149. Ковалев, А.Г. Психология личности / А.Г. Ковалев. – Л.: ЛПИ им. Герцена, 1963. – 263 с.
150. Ковалева, И.Т. Мотивация профессиональной деятельности сотрудников оперативных аппаратов органов внутренних дел: автореф. дис... канд. психол. наук / И.Т. Ковалева. – Рязань, 1997. – 20 с.
151. Колов, С.А. Клинические, психологические и социальные характеристики участников боевых действий и их динамика в процессе групповой психотерапии: дис. ... канд. психол. наук / С.А. Колов. – СПб.: СПб НИПНИ им. Бехтерева, 2007. – 203 с.
152. Колов, С.А. Взаимосвязь личностных изменений с соматическими симптомами у ветеранов боевых действий / С.А. Колов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3(54). – С. 70–74.
153. Коломеец, В.К. Вопросы специальной психологической подготовки работников милиции к действиям в особо сложных условиях / В.К. Коломеец. – М.: Академия МВД СССР, 1979. – 68 с.
154. Колычева, И.В. Оценка риска профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний у пожарных / И.В. Колычева, В.С. Рукавишников // Медицина труда и промышленная экология. – 2005. – № 12. – С. 11-18.
155. Колягин, В.В. Непсихотические нервно-психические расстройства у пожарных с токсическим поражением ЦНС / В.В. Колягин, И.Э. Смакова // Материалы 13-го Съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 103-105.
156. Коннова, Л.А. Эколого-токсикологический риск горения твердых бытовых отходов на свалках и помойках г. Санкт-Петербурга / Л.А. Коннова, Л.Н. Панфилова // Проблемы управления рисками в техносфере. – 2011. – № 3. – С. 32-34.
157. Кореньяк, Р.Ю. Проблема боевого стресса у военнослужащих внутренних войск МВД России и пути его преодоления / Р.Ю. Кореньяк // Медицинский вестник МВД. – 2003. – № 4 (5). – С. 11-13.

158. Корехова, М.В. Факторы психической дезадаптации специалистов экстремального профиля деятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.В. Корехова. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2013. – 24 с.
159. Корнеева, Л.Н. Основные закономерности развития личности профессионала / Л.Н. Корнеева // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1991. – С. 74-84.
160. Короткова, Н.В. Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн: дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Короткова. – СПб., 2000. – 246 с.
161. Косова, Е.Г. Психическая ригидность как фактор развития посттравматического стрессового расстройства у сотрудников оперативных подразделений, перенесших боевой стресс: дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Косова. – Томск, 2005. – 201 с.
162. Котенев, И.О. Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел: автореф. дис... канд. психол. наук / И.О. Котенев – М.: Академия МВД России, 1994. – 30 с.
163. Котенев И.О., Богданова М.Б. Террористический акт в Буденновске: постстрессовые состояния у работников милиции // Известия МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. – 1996. – № 3. – С. 49.
164. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: метод. пособие для практических психологов / И.О. Котенев. – М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997. – 40 с.
165. Котляров, И.Д. Теории мотивации Абрахама Маслоу и Фредерика Герцберга: опыт математической формализации / И.Д. Котляров // Вестник С.-Петербур. ун-та, Серия 12. – 2009. – Вып. 1. – Ч. 1. – С. 220-225.
166. Котов, Д.П. Психология следователя / Д.П. Котов, А.И. Шиханцев. – Воронеж: ВГУ, 1977. – 134 с.
167. Коханов, В.П. Динамика нервно-психических нарушений, развивающихся в сложных условиях профессиональной деятельности / В.П. Коханов, В.Н. Краснов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – Вып. 11. – С. 1681-1684.

168. Коханов, В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
169. Кошкаров, В.С. Факторы риска и модель формирования эмоционального выгорания сотрудников пожарных частей МЧС России: дис. ... канд. психол. наук / В.С. Кошкаров. – СПб.: СПб УГПС МЧС России, 2015. – 153 с.
170. Кравец, С.В. Анализ представлений о психической травме в западной психологии / С.В. Кравец, М.А. Падун, В.А. Агарков // Материалы VI научно-практической конференции «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». – Пермь, 2001. – С. 7-10.
171. Кравец, С.В. Опыт использования метода психодрамы для профилактики «синдрома сгорания» специалистов, работающих с посттравматическими переживаниями / С.В. Кравец // Современная психология: состояния и перспектива: тезисы докл. юбилейной науч. конф. – М.: ИП РАН, 2002. – Т. 1. – С. 279-280.
172. Кравцов, С.А. Психологическое обеспечение деятельности сотрудников ОВД и внутренних войск в экстремальных условиях / С.А. Кравцов // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 336-338.
173. Краснушкин, Е.К. Психогении военного времени / Е.К. Краснушкин // Нервные и психические заболевания военного времени: сб. науч. работ. – М., 1948. – С. 245-252.
174. Краснянский, А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны / А.Н. Краснянский, П.В. Морозов // Рус. мед. журн. – 1995. – № 4. – С. 32.
175. Краткий отборочный тест для оценки уровня интеллекта кандидатов на службу в органы внутренних дел и учебу в образовательные учреждения МВД России: метод. рекомендации. – М.: МЦ ГУК МВД России, 1997. – 68 с.

176. Крашенинникова, Е.А. Постбоевая психологическая помощь участникам боевых действий в «горячих точках» (на материалах республики Башкортостан): дис. ... канд. психол. наук / Е.А. Крашенинникова. – Тверь: ТвГУ, 2001. – 116 с.

177. Кручинин, С.А. Эмоционально-волевая устойчивость сотрудников спасательных формирований МЧС России к профессиональным стрессовым воздействиям: дис. ... канд. пед. наук / С.А. Кручинин. – СПб.: СПб УГАС МЧС России, 2012. – 149 с.

178. Крылова, Г.Ю. Личностные и ситуационные детерминанты профессионального становления субъекта труда в экстремальной профессии: дис. ... канд. психол. наук / Г.Ю. Крылова. – М.: МГУ, 2005. – 254 с.

179. Кузьмишин, Л.Е. Связь заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с условиями служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел. / Л.Е. Кузьмишин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 3. – С. 20-22.

180. Куксова, Н.А. Психологическая коррекция постреактивной личностной изменчивости у военнослужащих после сочетанной боевой травмы: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Куксова. – Ставрополь: СтавГУ, 2003. – 178 с.

181. Кулаков, Д.В. Коррекция дезадаптивного нервно-психического состояния у сотрудников ГПС МЧС России на основе аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи: дис. ... канд. психол. наук / Д.В. Кулаков. – СПб.: СПб УГПС МЧС России, 2011. – 156 с.

182. Курбангалиев, Р.И. Организация и опыт работы нештатного невропатолога гарнизона в системе медицинского обеспечения боевых действий войск в условиях горно-пустынной местности и жаркого климата / Р.И. Курбангалиев // Специализированная мед. помощь при боевой патологии. – М.: Воениздат, 1991. – С. 169-172.

183. Курбатова, Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand-тест»: руководство по использованию / Т.Н. Курбатова, О.И. Муляр. – СПб.: ИМА-ТОН, 1996. – 56 с.

184. Кучер, А.А. Некоторые подходы в определении единства и различия возникновения и развития боевой психической травмы и психотравмы в условиях

гражданского общества / А.А. Кучер // Материалы VI Всерос. науч.-практ. конф. «Травматический и послевоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций». – Пермь, 2001. – С. 46-48.

185. Лазурский, А.Ф. Классификация личностей / А.Ф. Лазурский. – Л.: ГИЗ, 1924. – 290 с.

186. Лапшин, Е.В. Опыт и проблемы психологического обеспечения деятельности подразделений ОВД в условиях вооруженного конфликта / Е.В. Лапшин, И.О. Котенев // Известия МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. – 1996. – № 2. – С.132-141.

187. Лахман, О.Л. Психоневрологические нарушения у пожарных в отдаленном периоде, прошедшем после пожара на ОАО «Иркутсккабель» / О.Л. Лахман, О.И. Шевченко, Т.Н. Константинова и др. // Тезисы докл. 1-го Всероссийского съезда профпатологов. – Тольятти, 2000. – С. 55.

188. Лахман, О.Л. Прогнозирование развития токсической энцефалопатии от воздействия комплекса химических веществ у пожарных / О.Л. Лахман, Е.В. Катамандова, О.И. Шевченко // Медицина труда и пром. экология. – 2008. – № 8. – С. 12-16.

189. Лебедева, Н.М. Базовые ценности русской культуры на рубеже XXI века / Н.М. Лебедева // Психол. журн. – 2000. – Т. 21, № 3. – С. 73-87.

190. Лебедева Н.М. Ценностно-мотивационная структура личности в русской культуре / Н.М. Лебедева // Психол. журн. – 2001. – Т. 22, № 3. – С. 26-36.

191. Леви, М.В. Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных: дис. ... докт. психол. наук / М.В. Леви. – М., 2000. – 179 с.

192. Леви, М.В. Аудиовизуальные средства поддержки работоспособности в дежурных частях // Материалы 1-й межведомственной науч.-практ. конф. «Состояние и перспективы развития психол. службы МЧС России». – Москва, 2006. – С. 553.

193. Левчук, Л.А. Психологические особенности труда пожарного / Л.А. Левчук, С.В. Макаркин // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2003. – № 2 (20). – С. 48-50.

194. Леонова, А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А.Б. Леонова // Вестник Московского Университета, Серия 14. «Психология». – 2000. – № 3. – С. 4-21.

195. Леонова, А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса от диагностики к профилактике и коррекции / А.Б. Леонова // Психол. журн. – 2004. – № 2. – С. 75-85.
196. Леонтьев А.Н. Проблема деятельности в психологии / Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. – М.: Педагогика, 1983. Т. 2. – С. 136-165.
197. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл, Академия, 2005. – 352 с.
198. Леонтьев, В.Г. Психологические механизмы мотивации учебной деятельности: автореф. дис. ... докт. психол. наук / В.Г. Леонтьев. – Новосибирск, 1989. – 47 с.
199. Леонтьев, Д.А. Очерк психологии личности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1997. – 64 с.
200. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: дис. ... докт. мед. наук / С.В. Литвинцев. – СПб.: ВМедА, 1994. – I Т. – 371 с., II Т. – 271 с.
201. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
202. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
203. Лобастов, О.С. Организация психиатрической (психоневрологической) помощи в Советской Армии в военное время / О.С. Лобастов // Военная психиатрия: учебник / под ред. Ф.И. Иванова. – Л., 1974. – С. 386-411.
204. Лобзин, В.С. Аутогенная тренировка: справочное пособие для врачей / В.С. Лобзин, М.М. Решетников. – Л.: Медицина, 1986. – 280 с.
205. Лобзов, А.С. Психологические трудности взаимодействия должностных лиц в процессе принятия решений в сфере охраны правопорядка / А.С. Лобзов // Материалы 1-й Всесоюзной конф. «Психология управления». – М.: Академия МВД, 1979. – С. 39-42.
206. Ломов, Б.Ф. К проблеме деятельности в психологии / Б.Ф. Ломов // Психол. журн. – 1981. – № 5. – С. 3-22.

207. Ломов, Б.Ф. Методические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984. – 226 с.
208. Лукин С.Е., Суворов А.В. Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга. Руководство по использованию. – СПб.: ИМАТОН, 1993. – 63 с.
209. Лурия, А.Р. Восстановление функции мозга после военной травмы / А.Р.Лурия // Афазия и восстановительное обучение: тексты. – М.: МГУ, 1983. – С. 143-148.
210. Лысиков, П.Т. Психологическое обеспечение служебно-боевой деятельности сотрудников ОВД и военнослужащих ВВ МВД России при проведении антитеррористической операции / П.Т. Лысиков // Психол. обеспечение проф. деят. сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тезисы докл. Всерос. совещ. руковод. подразд. психол. обеспеч. ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 65-75.
211. Лыткин, В.М. Посттравматические стрессовые расстройства / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрик. – СПб.: ВМеДА, 1999. – 91 с.
212. Лях, С.Ф. Психологические особенности профессиональной мотивации сотрудников органов внутренних дел МВД России: дис. ... канд. психол. наук / С.Ф. Лях. – СПб.: СПбУ МВД России, 2005. – 194 с.
213. Магомед-Эминов, М.Ш. Психодиагностика мотивации / М.Ш. Магомед-Эминов. – М.: Просвещение, 1987. – 321 с.
214. Магомед-Эминов, М.Ш. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса: метод. реком. / М.Ш. Магомед-Эминов, Г.И. Кадук, А.Т. Филатов, О.Г. Квасова. – М.: АНОУМО «Инсайт», 2004. – 200 с.
215. Маклаков, А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: автореф. дис... докт. психол. наук / А.Г. Маклаков. – СПб., 1996. – 45 с.
216. Маклаков, А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов // Психол. журн. – 1998. – Т.19, № 2. – С. 15-25.
217. Маклаков, А.Г. Общая психология: учебник для вузов / А.Г. Маклаков. – СПб.: Питер, 2004. – 515 с.

218. Маньяков, Р.Р. Анализ заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых черепно-мозговых травм / Р.Р. Маньяков, Э.М. Османов // Вестник Тамбовского университета. – 2014 – № 1 (19). – С.94-98.
219. Марищук, В.Л. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб.: Сентябрь, 2001. – 260 с.
220. Марченко, Д.В. Некоторые гигиенические факторы риска профессиональной деятельности пожарных / Д.В. Марченко // Материалы 15-й науч.-техн. конф. «Системы безопасности – 2006». – М.: Академия ГПС МЧС России, 2006. – С. 79-80.
221. Марьин, М.И. Психическое состояние пожарных после тушения пожаров / М.И. Марьин, А.Л. Гегель, Л.О. Апостолова // Медицина труда и промышленная экология. – 1993. – № 1. – С. 7-10.
222. Марьин, М.И. Травматизм. Как его снизить? / М.И. Марьин, Е.И. Студеникин, Е.В. Бобринев [и др.] // Пожарное дело. – 1998. – № 1. – С. 46-48.
223. Маслоу, А.Г. Мотивация и личность / А.Г. Маслоу // Пер. с англ. А.М. Татлыбаевой. – СПб.: Питер, 2012. – 352 с.
224. Матюхин, В.В. Комплексная оценка напряжения умственного труда и функционального состояния организма работающих (классификация, профилактика перенапряжения): автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.В. Матюхин. – М.: НИИ медицины труда РАМН, 1989. – 45 с.
225. Матюшин, А.В. Оценка профессионального риска заболеваний и гибели пожарных / А.В. Матюшин, А.А. Порошин, Е.В. Бобринев // Пожарная безопасность. – 2005. – № 6. – С. 68-74.
226. Мачихина, Л.В. Использование психотехник при действиях в экстремальных ситуациях (на материалах психологической подготовки бойцов ОМОН) / Л.В. Мачихина // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. Всерос. совещания руководителей подразделений психол. обеспечения ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 339-341.

227. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: метод. пособие / Под ред. А.Б. Белевитина. – СПб.: Айсинг, 2010. – 268 с.
228. Меерсон, Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и нагрузкам / Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1993. – 256 с.
229. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.
230. Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП): метод. рекомендации / Под. ред. А.Е. Личко. – Л.: ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ РСФСР, 1980. – 46 с.
231. Мещенина, Т.А. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов / Т.А. Мещенина, О.В. Пашилова // Прикладная психология и психоанализ. – 2003. – № 4. – С. 61-67.
232. Мильман, В.Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности / В.Э. Мильман // Стресс и тревога в спорте: междунар. сб. науч. статей / Сост. Ю.Л. Ханин. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – С. 18-23.
233. Миско, Е.А. Представления о жизненной перспективе у лиц, переживших травматический стресс / Е.А. Миско // Современная психология: состояния и перспектива: тезисы докл. юбилейной науч. конф. – М.: ИП РАН, 2002. – Т. 1. – С. 286-288.
234. Мисюра, В.Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих / В.Ф. Мисюра – М.: Военная Академия им. М.В. Фрунзе, 1995. – 25 с.
235. Митасова, Е.В. Социально-психологические условия психологической реабилитации раненых военнослужащих в медицинских учреждениях МО РФ: дис. ... канд. психол. наук / Е.В. Митасова. – М.: ВУМО, 2004. – 201 с.
236. Михайлова, Т.В. Оценка и прогноз профессиональной пригодности личного состава специальных подразделений МВД РФ к деятельности в чрезвычайных и экстремальных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т.В. Михайлова. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2002. – 21 с.

237. Мойкин, Ю.В. Физиологические основы научной организации труда / Ю.В. Мойкин. – М., 1971. – 128 с.
238. Моросанова, В.И. Дифференциальный подход к психической саморегуляции: исследование действий профессионала / В.И. Моросанова // Психол. журн. – 2012. – Т. 33, № 3. – С. 98-111.
239. Мотивация личности. Феноменология. Закономерности и механизмы формирования: сб. науч. тр. / под ред. А.А. Бодалева. – М.: АПН СССР, 1982. – 120 с.
240. Муравицкая, Е.В. Некоторые особенности психологического реагирования персонала аварийно-спасательных формирований в условиях чрезвычайной ситуации / Е.В. Муравицкая // Вестник медицины катастроф. – 2004. – № 3. – С. 35-40.
241. Мясищев, В.Н. Пограничные состояния военного времени / В.Н. Мясищев // Проблемы современной психиатрии / Под ред. Л.Л. Рохлина. – М., 1948. – С. 374-384.
242. Мясищев, В.Н. Психология отношений: избранные труды / В.Н. Мясищев. – М., 1998. – 416 с.
243. Мясищев, В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / В.Н. Мясищев // Психология отношений: избранные труды – М., 1998. – С. 28-42.
244. Набиев, Р.Г. Особенности посттравматического стрессового расстройства у сотрудников МВД в зависимости от индивидуально-типологического и профессионального статуса: дис. ... канд. биол. наук / Р.Г. Набиев. – Челябинск: ЧГПУ, 2015. – 121 с.
245. Набокин, А.П. Психологическое сопровождение сотрудников, выполняющих служебно-боевые задачи в экстремальных условиях / А.П. Набокин // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регионального семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 345-346.
246. Найдина, Т.О. Особенности проведения психодиагностических и коррекционных мероприятий с сотрудниками ОВД, пострадавшими в результате боевых действий на территории Чеченской Республики / Т.О. Найдина // Психологическое

обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регион. семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 342-344.

247. Наку, А.Г. Аномальное развитие характера / А.Г. Наку, М.Г. Ревенко, В.М. Михлин // Ранняя диагностика психических заболеваний / Под ред. В.М. Блейхера, Г.Л. Воронкова. – Киев: Здоровья, 1989. – С. 130-138.

248. Насиновский, Н.С. О психологических аспектах неосторожного поведения сотрудников ОВД, вызванного особыми условиями их деятельности / Н.С. Насиновский // Материалы 1-й Всесоюзной конф. «Психология управления». – М.: Академия МВД, 1979. – С. 91-92.

249. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

250. Наследов, А.Д. Структурное моделирование каузальных гипотез: исследование педагогических стереотипов оценивания младших школьников / А.Д. Наследов // Вестник СПбГУ. – 2011. – Сер.12. – Вып. 1. – С. 305–313.

251. Наследов, А.Д. Влияние развития правового сознания молодых специалистов на их профессиональную мобильность / А.Д. Наследов, Т.В. Есикова // Вестник Лен. гос. ун-та им. А.С. Пушкина. – 2013. – Т. 5, № 3. – С. 58-71.

252. Наследов, А.Д. IBM SPSS 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных / А.Д. Наследов. – СПб.: Питер, 2013. – 416 с.

253. Нечипоренко, В.В. Психопатии молодого возраста (клиника, диагностика, военно-врачебная экспертиза): дис. ... докт. мед. наук / В.В. Нечипоренко. – Л., 1989. – 335 с.

254. Никитина, О.В. Психологические особенности мотивационных диспозиций в контексте профессиональной адаптации: дис. ... канд. психол. наук / О.В. Никитина. – М.: МГУ, 2004. – 173 с.

255. Никифоров, Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие / Г.С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.

256. Никонов, В.П. Особенности психической адаптации сотрудников МВД России, несущих службу в районах вооруженных конфликтов (Северо-Кавказский

регион) / В.П. Никонов, И.И. Козловский, С.В. Славнов // Русский мед. журн. – 1996. – Т. 4, № 11. – С. 704-710.

257. Новицкий, А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности / А.А. Новицкий // Труды Рос. воен.-мед. акад. – СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова, 1993. – Т. 235. – С.81-82.

258. Овчинников, Б.В. Боевой стресс и его фармакологическая коррекция / Б.В. Овчинников // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учеб. пособие. – СПб., 1995. – С. 104-106.

259. Овчинников, Б.В. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья: учеб. пособие / Б.В. Овчинников, Г.П. Костюк, И.Ф. Дьяконов. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 302 с.

260. Овчинников, Б.В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, Л.В. Богданова. – СПб.: ЭЛСБИ-СПб, 2010. – 368 с.

261. Олешко, В.А. Медико-психологическая коррекция психосоматических нарушений у ветеранов подразделений особого риска в отдаленном периоде: дис. ... докт. мед. наук / В.А. Олешко. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2007. – 335 с.

262. Оллпорт, Г.В. Личность в психологии / Г.В. Оллпорт. – М.: КСП, СПб.: Ювента, 1998. – 345 с.

263. Ольшанский, Д.В. Смысловые структуры личности участников афганской войны / Д.В. Ольшанский // Психол. журн. – 1991. – Т.12, № 5. – С. 120-131.

264. Основные виды деятельности и психологическая пригодность к службе в системе органов внутренних дел: справоч. пособие / Под ред. Б.Г. Бовина, М.О. Калашникова, Б.Г. Мягких, А.Д. Сафронова. – М.: НИИ МВД России, 1997. – 342 с.

265. Остапенко, А.В. Клинико-психологические характеристики личности участников локальных войн и их защитно-совладающего поведения: дис. ... канд. психол. наук / А.В. Остапенко. – СПб.: СПб НИПНИ им. Бехтерева, 2007. – 135 с.

266. Остапенко, Р.И. Структурные связи ценностных ориентаций и поведенческого стиля в конфликтной ситуации работников организации / Р.И. Остапенко // Перспективы науки и образования. – 2013. – № 1. – С. 23-35.
267. Остапенко, Р.И. Структурное моделирование в психологии и педагогике / Р.И. Остапенко // Перспективы науки и образования. – 2013. – № 2. – С. 49-59.
268. Остапенко, Р.И. Краткий обзор и перспективы развития методов структурного моделирования в отечественной науке и практике / Р.И. Остапенко // Перспективы науки и образования. – 2013. – № 5. – С. 56-59.
269. Павлова, Е.В. Исследование взаимосвязи эмоционального выгорания, посттравматического стрессового расстройства и социальной фрустрированности пожарных-спасателей / Е.В. Павлова // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 2. – С. 126-129.
270. Павлова, И.А. Проявления симптомов ПТСР у участников боевых действий в Чечне / И.А. Павлова, М.Н. Изотенкова // Психология XXI века: тезисы докл. Междун. науч.-практ. конф. студ. и аспирантов. – СПб.: СПбГУ, 2003. – С. 442-444.
271. Падун, М.А. Психическая травма: разрушение базовых убеждений / М.А. Падун, В.А. Агарков // Современная психология: состояния и перспектива: тезисы докл. юбилейной науч. конф. – М.: ИП РАН, 2002. – Т. 1. – С. 290-293.
272. Пажильцев, И.В. Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России – участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: дис. ... канд. психол. наук. / И.В. Пажильцев. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2007. – 260 с.
273. Панченков, Е.Ю. Динамика мотивационной сферы сотрудников правоохранительных органов: дис. ... канд. психол. наук / Е.Ю. Панченков. – Хабаровск, 2005. – 175 с.
274. Парыгин, Б.Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории / Б.Д. Парыгин. – СПб.: ИГУП, 1999. – 592 с.
275. Платонов, К.К. Понятие «структура» в теории личности / К.К. Платонов // Проблемы личности. – М., 1969. – 318 с.

276. Платонов, К.К. О системе психологии / К.К. Платонов. – М.: Мысль, 1972. – 216 с.
277. Платонов, К.К. Структура и развитие личности / К.К. Платонов. – М.: Наука, 1986. – 254 с.
278. Посохова, С.Т. Личностный адаптационный синдром в экстремальных условиях профессиональной деятельности / С.Т. Посохова // Вестник СПбГУ, Серия 12. – 2011. – № 4. – С. 7-13.
279. Посохова, С.Т. Психология адаптирующейся личности: субъектный подход: автореф. дис. ... докт. психол. наук / С.Т. Посохова. – СПб.: РГПА им. А.И. Герцена, 2002. – 38 с.
280. Постановление Правительства РФ от 20 июня 2005 г. № 385 «О федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы» (с изменениями и дополнениями от 29.12.2009, 20.06.2011, 29.05.2013, 24.12.2014).
281. Попков, В.В. Психологические факторы адаптации личности к служебно-боевой деятельности: дис. ... канд. психол. наук / В.В. Попков. – Новосибирск: НГУ, 1999. – 199 с.
282. Почебут, Л.Г. Организационная социальная психология: учеб. пособие / Л.Г. Почебут, В.А. Чикер. – СПб.: Речь, 2000. – 298 с.
283. Практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
284. Преображенский, В.Н. Современные подходы к ранней диагностике, профилактике и медицинской реабилитации тревожно-депрессивных расстройств у лиц опасных профессий: пособ. для врачей / В.Н. Преображенский, К.В. Лядов, А.Ю. Лапин, З.П. Бранукова // Прил. к журн. «Медицина катастроф». – 2002. – № 4. – С. 3-35.
285. Преображенский, С.А. Материалы к вопросу о душевных заболеваниях воинов и лиц, причастных к военным действиям в современной войне: дис. ... докт. мед. наук / С.А. Преображенский. – СПб., 1917. – 184 с.
286. Приказ МВД России № 372 от 20.10.92 «Об организации исполнения постановления Правительства РФ № 589 от 14.08.92 «Об утверждении Положения о вневедомственной охране при ОВД РФ»

287. Приказ МВД России № 20 от 12.01.96 «О совершенствовании подготовки органов внутренних дел и внутренних войск МВД России к действиям при чрезвычайных обстоятельствах»

288. Приказ МВД России № 376 от 19.06.97 «Об организации психологического обеспечения деятельности сотрудников ОВД, включенных в состав Временной оперативной группировки сил на территории Северо-Кавказского региона».

289. Приказ МВД России № 552 от 09.09.98 «О внесении изменений и дополнений в приказ МВД России от 15.09.97 № 606».

290. Приказ МВД России № 523 от 14.07.2010 «Об утверждении инструкции о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и Внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.10.2010. № 18929).

291. Прошин, А.А. Психологическое обеспечение деятельности ОВД в экстремальных условиях: метод. пособие / А.А. Прошин, М.И. Марьин [и др.]. – М.: УВР ГУКиКП МВД России, ЦСКП МВД России, 2001. – 156 с.

292. Прудникова, О.Н. Медико-социальные аспекты реабилитации ветеранов боевых действий Омской области: дис. ... канд. мед. наук / О.Н. Прудникова. – Кемерово: КемГМА, 2006. – 216 с.

293. Психиатрия войн и катастроф: учеб. пособие / В.К. Шамрей. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 431 с.

294. Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.

295. Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А.А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008 – 384 с.

296. Психология деятельности в экстремальных условиях: учеб. пособие для студентов вузов / В.Н. Непопалов, В.Ф. Сопов, А.В. Родионов [и др.] // под ред. А.Н. Блеера. – М.: Академия, 2008. – 256 с.

297. Психологические основы профессиональной деятельности: хрестоматия / под ред. В.А. Бодрова. – М.: ПЕРСЭ; Логос, 2007. – 855 с.

298. Психотерапия: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
299. Пугачев, В.П. Руководство персоналом организации: учебник / В.П. Пугачев. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 279 с.
300. Пушкарев, А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. – М.: Институт психотерапии, 2000. – 128 с.
301. Пыжьянова, Л.Г. Оценка социально-психологических факторов риска и оперативное прогнозирование неблагоприятных социально-психологических последствий чрезвычайных ситуаций федерального характера: дис. ... канд. психол. наук / Л.Г. Пыжьянова. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2011. – 199 с.
302. Реан, А.А. Методическое руководство по исследованию акцентуаций / А.А. Реан, С.Е. Лукин. – СПб.: ИМАТОН, 1993. – 35 с.
303. Решетников, М.М. Психология войны: от локальной до ядерной. Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей / М.М. Решетников. – СПб.: ВЕИП, 2011. – 496 с.
304. Ривман, Д.В. Криминальная виктимология / Д.В. Ривман. – СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
305. Романович, Г.Г. Психологические особенности действий сотрудников ОВД в экстремальных условиях / Г.Г. Романович, В.В. Юстицкий. – Минск: Минская ВШ МВД СССР, 1988. – 32 с.
306. Ромек, В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
307. Роша, А.Н. Профессиональная ориентация и профессиональный отбор в органах внутренних дел / А.Н. Роша. – М.: Академия МВД, 1989. – 75 с.
308. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – М.: Педагогика, 1989. – 488 с.

309. Рыбников, В.Ю. Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля: дис. ... докт. психол. наук / В.Ю. Рыбников – СПб.: СПбГУ, 2000. – 428 с.

310. Сазыкин, Л.А. Медико-психологическое сопровождение сотрудников, выполнявших служебно-боевые задачи в экстремальных условиях / Л.А. Сазыкин [и др.] // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тезисы докл. Всерос. совещ. руковод. подразд. психол. обеспечения ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 240 – 243.

311. Самойлов, Г.В. Психология поведения сотрудников ОВД в экстремальных условиях / Г.В. Самойлов // Экстремальные ситуации, конфликты, согласие (понятия и подходы). – М.: Академия управления МВД России, Институт социологии РАН, 1998. – С. 61-76.

312. Самонов, А.П. Психологическая подготовка пожарных / А.П. Самонов. – М.: Стройиздат, 1982. – 79 с.

313. Санжаева, Р.Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности: дис. ... докт. психол. наук / Р.Д. Санжаева. – Новосибирск: НГУ, 1997. – 354 с.

314. Свядош, А.М. Неврозы / А.М. Свядош. – М.: Медицина, 1982. – 336 с.

315. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М.: Медицина, 1960. – 254 с.

316. Селье, Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Прогресс, 1982. – 128 с.

317. Сельцовский, П.П. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Тактика ведения больных и военно-врачебная экспертиза: метод. рекомендации / П.П. Сельцовский, [и др.] – М.: Медицина, 1997. – 219 с.

318. Семенов, В.Ю. Трехфакторная модель социо-эмоционального интеллекта младших школьников и подростков / В.Ю. Семенов // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2015. – № 174. – С. 148-153.

319. Семичов, С.Б. Предболезненные психические расстройства / С.Б. Семичов. – Л.: Медицина, 1987. – 184 с.

320. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1999. – 403 с.
321. Семке, В.Я. Основы персонологии / В.Я. Семке. – М.: Академический проект, 2001. – 476 с.
322. Симонов, П.В. Мотивированный мозг / П.В. Симонов. – М.: Наука, 1987. – 272 с.
323. Симонова, И.И. Экология, труд, здоровье / И.И. Симонова, Р.Р. Даутов // Взгляд в XXI век: тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. – Уфа, 1999. – С. 23-26.
324. Сложеникин, А.П. Особенности социально-психологической адаптации сотрудников органов внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности: дис. ... канд. психол. наук / А.П. Сложеникин. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2009. – 244 с.
325. Смирнов, А.В. Отдаленные последствия воздействий экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Смирнов. – СПб: СПбГМУ, 1997. – 19 с.
326. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 432 с.
327. Снедков, Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): дис. ... докт. мед. наук / Е.В. Снедков. – СПб.: ВМедА, 1997. – 438 с.
328. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
329. Соколова, Л.В. Из истории становления комплексной науки о человеке (учение А.А. Ухтомского о биосоциальной природе человека) / Л.В. Соколова // Психол. журн. – 2008. – Т. 29. – № 5. – С. 101-111.
330. Соловьев, И.В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия. Оказание психологической помощи и психореабилитация / И.В. Соловьев. – М.: АвгустБОРГ, 2000. – 111 с.
331. Соловьев, И.В. Психологическое обеспечение служебно-боевой деятельности сотрудников и военнослужащих МВД РФ при проведении антитеррористиче-

ской операции / И.В. Соловьев // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД: тезисы докл. регион. семинара практич. психологов. – М.: ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – С. 76-87.

332. Софронов, А.Г. Возможна ли профилактика наркомании у ветеранов локальных войн? / А.Г. Софронов // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учеб. пособие. – СПб.: МАПО, 1995. – С. 69-72.

333. Специализированная медицинская помощь при боевой патологии. – М.: Воениздат (ЦВМУ МО СССР), 1991. – 259 с.

334. Степанова, Н.М. Медико-психологическое обеспечение сотрудников со стрессовыми расстройствами / Н.М. Степанова // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тезисы докл. Всероссийского совещания руководителей подразделений психол. обеспечения ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 245-248.

335. Столяренко, А.М. Психологическая подготовка личного состава органов внутренних дел / А.М. Столяренко – М.: Академия МВД СССР, 1987. – 87 с.

336. Стрельников, А.А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов: автореф. дис. ... докт. мед. наук / А.А. Стрельников. – СПб.: СПб ВМедА им. С.М. Кирова, 1998. – 40 с.

337. Стрельникова, Ю.Ю. Психологические последствия участия в вооруженных конфликтах (на примере сотрудников органов внутренних дел): автореф. дис... канд. психол. наук / Ю.Ю. Стрельникова. – СПб.: СПбГУ, 2005. – 24 с.

338. Стрельникова, Ю.Ю. Психологические и соматические последствия участия в ликвидации пожаров повышенного ранга сложности / Ю.Ю. Стрельникова // Науч.-аналит. журн. «Вестник С.-Петербур. ун-та ГПС МЧС России» [vestnik.igps.ru]. – 2014. – № 1. – С. 139-146.

339. Стрельченко, А.Б. Психологические аспекты обеспечения профессиональной надежности сотрудников ОВД в экстремальных условиях / А.Б. Стрельченко, Г.С. Човдырова // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1996. – № 1(3). – С. 68-70.

340. Суворов, В.А. Динамика профессиональной мотивации офицеров внутренних войск МВД России: дис. ... канд. психол. наук / В.А. Суворов. – М.: Военный университет, 2003. – 154 с.
341. Суворова, Н.В. Устойчивость к психическому стрессу как метаиндивидуальная характеристика руководителя тушения пожаров: автореф. дис. ...канд. психол. наук / Н.В. Суворова. – Пермь: ПГГПУ, 2006. – 23 с.
342. Суханов, С.А. Психопатии военного времени / С.А. Суханов // Русский врач. – 1915. – № 3. – С. 1011-1013.
343. Сухарева, Г.Е. Психогенные типы реакций военного времени / Г.Е. Сухарева // Невропатология и психиатрия. – 1943. – Т. 12. – № 2. – С. 3-10.
344. Съедин, С.И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / С.И. Съедин, Р.А. Абурахманов. – М.: МО РФ, 1992. – 69 с.
345. Тадевосян, М.Я. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы / М.Я. Тадевосян, С.Г. Сукиасян // Неврология и психиатрия. – 2011. – № 11. – С. 95-100.
346. Тарабрина, Н.В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова [и др.] // Труды Института психологии РАН. – М.: ИП РАН, 1997. – С. 254-262.
347. Тарабрина, Н.В. Исследование жизненной перспективы у лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.А. Миско // Материалы 5-й Междунар. конф. «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». – Минск, 1998. – С.
348. Тарабрина, Н.В. Психологические особенности посттравматического стресса у спасателей / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Д.М. Захарова // Материалы IV науч.-практ. конф. «Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход». – Пермь, 1999. – С.7-9.
349. Тарабрина, Н.В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) / Н.В. Тарабрина // Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 147-181.

350. Тарабрина, Н.В. Травматический стресс / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков // Клиническая психология в социальной работе: учеб. пособие. – М.: Академия, 2002. – С. 61-78.
351. Тарабрина, Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство / Н.В. Тарабрина, Е.Д. Соколова, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова // Психология мотивации и эмоций: хрестоматия. – М.: ЧеРо, 2002. – С. 599-608.
352. Тарабрина, Н.В. Основные итоги и перспективные направления исследований посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2003. – Т. 24, № 4. – С. 5-18.
353. Тарабрина, Н.В. Теоретико-эмпирические исследования посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2007. – Т. 28, № 5. – С. 5-14.
354. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дис. ... докт. психол. наук / Н.В. Тарабрина. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – 356 с.
355. Тарабрина, Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс / Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2012. – Т. 33, № 6. – С. 20-33.
356. Травин, В.В. Основы кадрового менеджмента / В.В. Травин, В.А. Дятлов. – М.: Дело, 1995. – 331 с.
357. Травматический стресс. Этиология. Патогенез. Диагностика. Психотерапия: учебное пособие / Под ред. С.Л. Соловьевой, С.В. Чермянина. – СПб.: Айсинг, 2011. – 152 с.
358. Трошин, В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика / В.Д. Трошин. – М.: Мед. информ. агентство, 2007. – 784 с.
359. Тюлюпергенева, Р.Ж. Влияние дефицитарных психических состояний на формирование профессиональной деформации личности сотрудников правоохранительных органов (на примере Республики Казахстан): дис. ... канд. психол. наук / Р.Ж. Тюлюпергенева. – М.: РУДН, 2004. – 194 с.
360. Тревога и тревожность. Хрестоматия по психологии / Сост. и общ. ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

361. Узнадзе, Д.Н. Психологические мотивации поведения человека / Д.Н. Узнадзе. – М.: Просвещение, 1969. – 213 с.
362. Утюганов, А.А. Особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.А. Утюганов. – Томск: Томский гос. ун-т, 2011. – 22 с.
363. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
364. Ушаков, И.Б. Боевой стресс: психофизиологические маркеры устойчивости / И.Б. Ушаков, Ю.А. Бубеев // Сб. науч. трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ ВМ. – М.: Истоки, 2005. – С. 12-14.
365. Ушатиков, А.И. Психологическая подготовка сотрудников пенитенциарных учреждений к действиям в экстремальных условиях: уч.-метод. пособ. / А.И. Ушатиков, О.Г. Ковалев, В.А. Семенов. – Рязань: РИПЭ МВД РФ, 1997. – 97 с.
366. Фастовцов, Г.А. Стрессовое расстройство комбатантов как вариант ПТСР / Г.А. Фастовцов, В.Г. Василевский // Материалы 1-го национ. конгресса по соц. психиатрии «Психическое здоровье и безопасность общества». – М., 2004. – С. 122-123.
367. Фастовцов, Г.А. Психические расстройства в результате боевого стресса / Г.А. Фастовцов // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – С. 422-433.
368. Федеральный закон Российской Федерации от 22.07.2008 № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности» (в ред. от 10.07.2012 № 117-ФЗ, от 02.07.2013 № 185-ФЗ).
369. Федичев, Г.Г. Механизмы личностной декомпенсации и дезадаптации у военнослужащих-комбатантов: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Г.Г. Федичев. – Ставрополь, 2005. – 21 с.
370. Филимоненко, Ю.И. Цветовой тест М. Люшера. Модификация «Попарные сравнения»: метод. руководство / Ю.И. Филимоненко. – СПб.: СПбГУ, 1993. – 42 с.
371. Филимоненко, Ю.И. Экспресс-методика для оценки эффективности ауто-тренинга и прогноза успешности деятельности человека / Ю.И. Филимоненко, А.И.

Юрьев, В.М. Нестеров // Экспериментальная и прикладная психология. Личность и деятельность. – Л.: ЛГУ, 1982. – Вып. 2. – С. 52-63.

372. Формирование групп и работа с личным составом ОВД в особых условиях: метод. пособие / Под ред. Н.В. Андреева – М.: Академия МВД России, 1996. – 79 с.

373. Фролов, Б.С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях / Б.С. Фролов. – Л.: ВМедА, 1982. – 62 с.

374. Фролова, Е.В. Совершенствование организации медико-психологической помощи участникам боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе (на примере Новосибирской области): дис. ... канд. психол. наук / Е.В. Фролова. – Новокузнецк: НИИ КПГПЗ СО РАМН, 2010. – 131 с.

375. Фромм, Э. Бегство от свободы / Э. Фромм – М.: Прогресс, 1998. – 272 с.

376. Харламова, Н.Н. Особенности организации и проведения психологического сопровождения деятельности личного состава ГУВД Московской области, принимающих участие в антитеррористической операции в СКР / Н.Н. Харламова // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тезисы докл. Всерос. совещания руководителей подразделений психол. обеспечения ОВД и ВВ. – М.: УВР ГУКиКП, ЦОКП МВД России, 2000. – С. 98-108.

377. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность: в 2-х т. / Х. Хекхаузен. – М.: Педагогика, 1986. – Т.1. – 408 с.

378. Хойос, К. Мотивация / К. Хойос // Человеческий фактор / Под ред. Г. Салвенди. – М.: Мир, 1991. – Т. 1. – С. 268-297.

379. Хьелл, Л. Теории личности (основные положения, исследования и применение) / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 1999. – 608 с.

380. Цуциева, Ж.Ч. Психология посттравматического стрессового расстройства у детей, жертв террористических актов: концепция формирования и коррекции: автореф. дис. ... докт. психол. наук / Ж.Ч. Цуциева. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2010. – 54 с.

381. Чигринова, И.А. Интеллектуальная и ценностная регуляция личностного выбора (на материале моральных дилемм): дис. ... канд. психол. наук / И.А. Чигринова. – М.: МГУ, 2015. – 216 с.
382. Чикинова, Л.Н. Особенности клиники и медико-социальной экспертизы при заболеваниях и травмах, полученных в Афганистане / Л.Н. Чикинова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – № 1. – С. 14-19.
383. Шабалина, Н.Б. Психологические особенности инвалидов – бывших участников войны в Афганистане / Н.Б. Шабалина [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999. – № 1. – С. 21-25.
384. Шадриков, В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В.Д. Шадриков. – М.: Наука, 1982. – 185 с.
385. Шадриков, В.Д. Психология деятельности и способности человека / В.Д. Шадриков. – М.: Логос, 1996. – 320 с.
386. Шамрей, В.К. Некоторые медико-психологические и психиатрические проблемы медицины катастроф / В.К. Шамрей // Актуальные проблемы психиатрии войн и катастроф. – СПб.: ВМА, 1997. – С. 38-53.
387. Шанин, Ю.Н. Психосоматические расстройства у участников военных действий в отдаленном периоде боевых стрессорных повреждений / Ю.Н. Шанин, В.И. Захаров, А.А. Стрельников, В.В. Грызунов // Клинич. медицина и патофизиология. – 1995. – № 1. – С. 53-57.
388. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры / Ф. Шапиро // Пер. с англ. А.С. Ригина. – М.: Класс, 1998. – 496 с.
389. Шевцова, О.А. Психологическая коррекция расстройств невротического уровня у лиц опасных профессий: дис. ... канд. биол. наук / О.А. Шевцова. – М.: ВЦМК «Защита», 2010. – 198 с.
390. Шевченко, Т.И. Особенности эмоциональных состояний сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России: дис. ... канд. психол. наук / Т.И. Шевченко. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2007. – 143 с.

391. Шевырева, Е.Г. Психологические особенности посттравматического стрессового расстройства и внутренние факторы его возникновения у сотрудников МВД: дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Шевырева. – Ростов н/Д, 2006. – 166 с.
392. Шойгу, Ю.С. Профессиональный психологический отбор курсантов вузов МЧС России – будущих спасателей (обоснование психодиагностического инструментария): дис. ... канд. психол. наук / Ю.С. Шойгу. – СПб.: ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, 2003. – 168 с.
393. Щеглов, П.П. Продукты разложения и горения полимеров при пожаре / П.П. Щеглов. – М.: Высшая инженерная пожарно-техническая школа МВД СССР, 1991. – 69 с.
394. Щеглов, П.П. Пожароопасность полимерных материалов / П.П. Щеглов, В.Л. Иванников. – М.: Стройиздат, 1992. – 105 с.
395. Ядов, В.А. Экономика, тип личности, мотивация и стимулирование труда / В.А. Ядов // Роль психофизиологических факторов интенсификации экономики. – 1984. – № 4(2). – С.104-105.
396. Ядов, В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция / Ядов В.А., Магун В.С., Борзикова П.В. [и др.] / под ред. В.А. Ядова. – М.: ЦСПиМ, 2013. – 376 с.
397. Якобсон, П.М. Психология чувств и мотивации / П.М. Якобсон // Под ред. Е.М. Борисовой. – Воронеж: Ин-т практической психологии, 1998. – 304 с.
398. Acierno, R. Review of the validation and dissemination of eye movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma / R. Acierno, M. Hersen, V.B. Hasselt, G. Tremont, K.T. Meuser // *Clinical Psychological Review*. – 1994. – V. 14. – P. 287-299.
399. Agarkov, V. Relationship between peritraumatic dissociation and severity of the long-term psychopathology / V. Agarkov, N. Tarabrina, N. Lasko // *ISTSS XII Annual Meeting*. Montreal. – 1997. – V.4. – P. 315-317.
400. Alien A., Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder / A. Alien, S.L. Bloom // *The Psychiatric Clinics of North America* / Ed. D. A. Tomb. – 1994. – V.8. – P. 425-438.

401. Allport, G.W. *Personality: A psychological interpretation* / G.W. Allport. – N.Y.: Holt, 1937. – 216 p.
402. Allport, G.W. *Pattern and growth in personality* / G.W. Allport. – N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1961. – 593 p.
403. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistical: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* / Ed. 3. Revised. – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987. – P. 567.
404. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)* / 4 th ed. – Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000. – P. 955.
405. Antonovsky, A. *Health, Stress, and Coping* / A. Antonovsky. – San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1979. – 270 p.
406. Atkinson, J.W. Achievement motive and test anxiety conceived as motive to approach success and motive to avoid failure / J.W. Atkinson, G.H. Litwin // *J. abnorm. Soc. Psychol.* – 1960. – V. 60. – P. 52-63.
407. Atkinson, J.W. *An introduction to motivation* / J.W. Atkinson. – Princeton, N.J.: Van Nostrand, 1964. – 360 p.
408. Bernstein, E.M. Development, reliability, and validity of a dissociation scale / E.M. Bernstein, F.W. Putnam // *Journal of Nervous and Mental Disease.* – 1986. – V.174. – P. 727-735.
409. Bernstein, D.A. *Psychology* / D.A. Bernstein, E. J. Roy, Th. K. Srull, Ch. D. Wickens. – Boston: Houghton Mifflin Company, 1988. – 807 p.
410. Blacke, D.D. The development of a clinician-administered PTSD scale / D.D. Blacke, F.W. Weathers, L.M. Nagy, D.G. Kaloupek // *Journal of Traumatic Stress.* – 1995. – № 8. – P. 75-90.
411. Blake, D.D. Treatment efficacy in post-traumatic stress disorder / D.D. Blake, F.R. Abweg, H. Woodward., T.M. Keane // *Handbook of effective psychotherapy* / Ed. T. R. Giles. – N.Y.: Plenum Press, 1993. – P. 368-375.

412. Blanchard, E.B. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents / E.B. Blanchard, E.J. Hickling, A.E. Taylor, W. Loos // *Journal of Nerv. Ment. Dis.* – 1995. – № 183 – P. 495-504.
413. Boudewyns, P.A. Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study / P.A. Boudewyns, S.A. Stwertka, L.A. Hyer [et al.] // *The Behavior Therapist.* – 1993. – V. 16. – P. 29-33.
414. Boulanger, G. *The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction* / G. Boulanger, C. Kadushin. – N.Y.: Hillsdale, 1986. – 318 p.
415. Bourne, P.S. *Men, Stress and Vietnam* / P.S. Bourne. – Boston, 1970. – P. 233.
416. Bradley, R.A. Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD / R. Bradley, J. Greene, E. Russ, L. Dutra, D. Westen // *Am J. Psychiatry.* – 2005. – Feb., № 162 (2). – P. 214-271.
417. Breslau, N. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults / N. Breslau, G.C. Davis, P. Andreski, E. Peterson // *Arch Gen Psychiatry.* – 1991. – № 48. – P. 216-222.
418. Breslau, N. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity / N. Breslau, G.C. Davis // *Am J. Psychiatry.* – 1992. – V. 149. – P. 671-675.
419. Brewin, Ch.R. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / Ch.R. Brewin, B. Andrews, J.D. Valentine // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* – 2000. – № 68 (5). – P. 748-766.
420. Brown, A. An exercise training programmer for fireman / A. Brown, J.E. Cotes, L.L. Mortimore [et al.] // *Ergonomics.* – 1982. – V. 25. – № 9. – P. 793–800.
421. Bryant, R.A. Posttraumatic stress in volunteer firefighters: Predictors of distress / R.A. Bryant, A.G. Harvey // *J. of Nervous and Mental Disease.* – 1995. – V. 183. – P. 267-271.
422. Bryant, R.A. Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters / R.A. Bryant, A.G. Harvey // *J. of Traumatic Stress.* – 1996. – vol. 9, № 1. – P. 51-62.
423. Bryant, R.A. Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents / R.A. Bryant, A.G. Harvey // *J. of Trauma Stress.* – 1996. – V.9. – P. 223 - 234.

424. Buck, O.D. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans a review / O.D. Buck, J.I. Walker // *South Med Lourn.* – 1982. – V. 75. – P. 704-706.
425. Bundle, R. *Using Your Brain – for a Change* / R. Bundle. – Motb: Real People Press, 1985.
426. Byrne, B.M. *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. 2nd ed. *Multivariate applications series* / B.M. Byrne. – N.Y.: Taylor & Francis Group, 2010. – 396 p.
427. Callahan, R. A thought field therapy (TFT) algorithm for trauma, a reproducible experiment in psychology / R. Callahan // Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. – New York, 1995.
428. Cattell, R.B. *The scientific analysis of personality* / R.B. Cattell. – Baltimore: Penguin Books, 1965. – 399 p.
429. Corneil, W. Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries / W. Corneil, R. Beaton, S. Murphy, C. Johnson, K. Pike // *J. of Occupational Health Psychol.* – 1999. – № 4. – P. 131-141.
430. Da Costa, J.C. *Handbook of medical treatment*. V. 2 / J.C. Da Costa. – Philadelphia: Davis, 1919. – 312 p.
431. Dahlstrom, W.G. *An MMPI handbook* / W.G. Dahlstrom, G.S. Welsh. – Minneapolis, 1960. – P. 559.
432. Davidson, J.R.T. The epidemiology of PTSD, in *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-4 and Beyond* / J.R.T. Davidson, J.A. Fairbank // Edited by Davidson J.R.T., Foa EB. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992. – P. 147-172.
433. Deering, C.G. Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma / C.G. Deering, S.G. Glover, D. Ready // *Comprehensive Psychiatry*. – 1996. – V. 37. – P. 336-346.
434. Del Ben, K.S. Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters / K.S. Del Ben, J.R. Scotti, Y. Chen, B.L. Fortson // *Work and Stress*. – 2006. – V. 20. – P. 37-48.

435. Derogatis, L.R. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of Primary Symptom Dimensions / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, K. Rickels // *Psychological Measurements in Psychopharmacology* / Ed. P. Pichot. – Basel, Karger, 1974, a. – P. 79-110.
436. Derogatis, L.R. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, K. Rickels [et al.] // *Behav. Sci.* – 1974, b. – V. 19. – P. 1-15.
437. Derogatis, L.R. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale / L.R. Derogatis, K. Rickels, A. Rock // *Brit. J. Psychiat.* – 1976. – V. 128. – P. 280-289.
438. Derry, D.L. United States fire fighters injuries during 1977 / D.L. Derry // *Fire Command.* – 1978. – V. 45. – № 12. – P. 28-31.
439. Durkin, J. Stress – who does it affect? / J. Durkin // *Fire.* – 2001. – V. 93, № 1154. – P. 18–19.
440. Egendorf, A. Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of Veterans and their peers / A. Egendorf, C. Kadushin, R. Laufer, G. Rothbart, L. Sloan. – N.Y.: Center for Policy Research, 1981. – 900 p.
441. Elwood, L.S. Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: a review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model / L.S. Elwood, K.S. Hahn, B.O. Olatunji, N.L. Williams // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – № 29 (1). – P. 87-100.
442. Epstein, R.S. Avoidant symptoms cloaking the diagnosis of PTSD in patients with severe accidental injury / R.S. Epstein // *J. Traumatic Stress.* – 1993. – № 6. – P. 451-458.
443. Epstein, R.S. Posttraumatic stress disorder following an Air Disaster: A prospective study / R.S. Epstein, C.S. Fullerton, R.J. Ursano // *Am J. Psychiatry.* – 1998. – V. 155 (7). – P. 934-937.
444. Etinger, L. Mortality and Morbidity after Excessive Stress: A follow-up Investigation of Norwegian Concentration camp Survivors / L. Etinger, A. Strom. – N.Y.: Humanities Press, 1973.

445. Eysenck, H.J. The structure of human personality / H.J. Eysenck – London: Methuen, 1970. – 470 p.
446. Fairbank, J.A. Some preliminary data on the psychological characteristic of Vietnam veterans with PTSD / J.A. Fairbank, T.M. Keane, P.F. Malloy // J. Consulting and Clin. Psychology. – 1983. – V. 51. – P. 912-919.
447. Fairbank, J.A. Theoretical and empirical issues in the treatment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans / J.A. Fairbank, R.A. Nicholson // Journal of Clinical Psychology. – 1987. – № 43. – P. 44-55.
448. Feinstein, A. Predictors of posttraumatic stress disorder following physical trauma: an examination of the stressor criterion / A. Feinstein, R. Dolan // Psychol. Med. – 1991. – № 21. – P. 85-91.
449. Figley, Ch.R. Trauma and Its Wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder / Ch.R. Figley. – Brunner/Mazel psychosocial stress series, 1986. – V. 1, 2. – 457 p.
450. Fred, P. Reflections on Active Ingredients in Efficient Treatments of PTSD. Part 2. / P. Fred, D. Gallo // The International Electronic Journal of innovations in the study of the traumatization process and methods for reducing or eliminating related human suffering. – 1996. – № 2. – P. 38-45.
451. Gordon, E. Toxic products from fires / E. Gordon, G. Hartrell, S.C. Packham, W.G. Switzer // Am. J. Hyg. Assoc. – 1983. – V. 44. – № 4. – P. 248-255.
452. Gray, M.J. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: Delayed-onset PTSD in Somalia Peacekeepers / M.J. Gray, E.E. Bolton, B.T. Litz // J. Consult Clin. Psychol. – 2004. – № 72. – P. 909-913.
453. Green, B.L. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans / B.L. Green [et al.] // Am J. Psychiatry. – 1990. – V. 147. – P. 729-733.
454. Green, M.M. Undiagnosed posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents / M.M. Green [et al.] // Med. J. Aust. 1993. – V. 159. – P. 529-534.
455. Grinker, R.R. Men under stress / R.R. Grinker, J.P. Spiegel. – Philadelphia, 1945. – P. 484.

456. Halliwell, B. Oxygen derived species: the relation to human disease and environmental stress / B. Halliwell, E.C. Carroll // *Environ Health. Percept.* – 1994. – № 102. – Suppl. 10. – P. 5–12.
457. Haslam, C.A. Preliminary investigation of posttraumatic stress symptoms among firefighters / C. Haslam, K. Mallon // *Work and Stress.* – 2003. – V. 17. – P. 277-285.
458. Hassling, Per. Stress management: do not wait until the «big one» / Per. Hassling // *Fire Int.* – 2000. – № 175. – P.17-18.
459. Hathaway, S. Basic readings on MMPI in psychology and medicine / S. Hathaway, J. Mckinley. – Minneapolis, 1956.
460. Heinrichs, M. Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters / M. Heinrichs, D. Wagner, W. Schoch, L.M. Soravia, D.H. Hellhammer, U. Ehlert // *American Journal of Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162. – P. 2276-2286.
461. Hendlin, H. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans / H. Hendlin, A.P. Haas // *Am. J. Psychiatry.* – 1991. – V. 148. – № 5. – P. 586-591.
462. Herman, J.L. Trauma and recovery / J.L. Herman. – N.Y.: Basic Books, 1992. – 336 pp.
463. Hiley-Young, B. Warzone violence in Vietnam: an examination of premilitary, military and postmilitary factors in PTSD in patients / B. Hiley-Young [et al.] // *J. Traumatic Stress.* – 1995. – № 8. – P. 125-141.
464. Horowitz, M.J. Diagnosis of posttraumatic stress disorder / M.J. Horowitz, D.S. Weiss, Ch. Marmar // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1987. – № 175 (5). – P. 267-268.
465. Horowitz, M.J. Stress response syndromes: PTSD, Grief and Adjustment Disorders / M.J. Horowitz. – Jason Aronson Publishers, 1997. – 326 pp.
466. Horowitz, M.J. Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Intergrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie / M.J. Horowitz // *Therapie der posttraumatischen Belastungstoerung* / Hrsg. A. Maercker. – Heidelberg, 1998. – P. 216-223.

467. Hotopf, M. Is «somatisation» a defense against the acknowledgment of psychiatric disorder? / M. Hotopf, M. Wadsworth, S. Wessely // *J. Psychosom. Res.* – 2001. – V. 50, № 3. – P.119-124.
468. Jensen, J.A. An investigation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans / J.A. Jensen // *Behavior Therapy.* – 1994. – V. 25. – P. 311-325.
469. Jones, E. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution / E. Jones, R. Hodgins-Vermaas, H. McCartney [et al.] // *British Medical Journal.* – 2002. – № 3. – P. 321-324.
470. Kardiner, A. *The Traumatic Neuroses of WAR* / A. Kardiner – N.Y.: Heber, 1941. – 270 pp.
471. Keane, T.M. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity / T.M. Keane, J.M. Caddell, K.L. Taylor // *J. Consulting and Clin. Psychol.* – 1988. – V. 56. – № 1. – P. 85-90.
472. Keane, T.M. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment / T.M. Keane, J. Wolfe, K.L. Taylor // *J. Clin. Psychol.* – 1987. – V.43. – P. 32-43.
473. Kessler, R.C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // *Arch Gen Psychiatry.* – 1995. – V. 92. – P. 1048-1060.
474. Kline, R.B. *Principles and practice of structural equation modeling* / R.B. Kline. – N.Y.: The Guilford Press, 2011. – 432 p.
475. Kluckhohn, F.R. *Variations in value orientations* / F.R. Kluckhohn, F.L. Strodtbeck. – Evanston, Ill: Row, Peterson, 1961. – 437 pp.
476. Kolb, L.S. Chronic post-traumatic stress disorder: implications of recent epidemiological and neuropsychological studies / L.S. Kolb // *Psychological Medicine.* – 1989. – V. 19. – № 4. – P.821-824.
477. Krupnick, J.L. Stress response syndromes / J.L. Krupnick, M.J. Horowitz // *Arch, of Gen. Psychiatry.* – 1981. – V. 38. – P. 428-435.

478. Kulka, R.A. National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary Findings from the National Survey of the Vietnam Generation / R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank [et al.] – V.A.: Washington, D.C., 1988.
479. Kulka, R.A. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study / R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – V.5 (2). – P. 321-322.
480. Kulka, R.A. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans / R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A. Fairbank [et al.] // *Psychol. Assessment*. – 1991. – № 3. – P. 547-560.
481. Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. – N.Y.: McGraw-Hill, 1966. – 466 p.
482. Lazarus, R.S. The study of psychological stress / R. S. Lazarus, E.M., Jr. Opton // *Anxiety and Behavior* / In C. D. Spielberger (Ed). – N.Y.: Academic Press, 1966. – P. 225-262.
483. Lee, E. Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence / E. Lee, F. Lu // *Journal of Traumatic Stress*. – 1989. – V.2. – P. 93-120.
484. Lewin, K.A Dynamic theory of personality / K.A. Lewin. – New York & London: McGraw-Hill, 1935. – P. 239-273.
485. Lindermann, E. Symptomatology and management of acute grief / E. Lindermann // *American J. of Psychiatry*. – 1944. – V. 101. – P. 141-148.
486. Litz, B.T. Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder / B.T. Litz, D.D. Blake, R.G. Gerardi, T.M. Keane // *The Behavior Therapist*. – 1990. – V.13. – P. 91-93.
487. Lohr, J.M. A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD) / J.M. Lohr, R.A. Kleinknecht, A.T. Conley [et al.] // *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 1993. – V. 23. – P. 159-167.
488. Macklin, M.L. Five-year follow-up of EMDR treatment for combat-related PTSD / M.L. Macklin, L.J. Metzger, N.B. Lasko [et al.] // XIV Annual Meeting ISSTS. – Washington, 1998. – P. 86-89.

489. Maercker, A. Therapie der posttraumatischen Belastungs-stoerung / A. Maercker. – Heidelberg, 1998. – 334 pp.
490. Marmar, C.R. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans / C.R. Marmar, D.S. Weiss, W.E. Schlenger [et al.] // *Am J. Psychiatry*. – 1994. – V.151 – P. 902-907.
491. Maslow, A.N. Motivation and personality / A.N. Maslow. – N.Y.: Harper & Row, 1954. – 352 p.
492. Mayou, R. Psychiatric consequences of road traffic accidents / R. Mayou, B. Bryant, R. Duthie // *B.M.J.* – 1993. – V. 307. – P. 647-651.
493. McClelland, D.C. The achieving society / D.C. McClelland. – Princeton, N.J.: Van Nostrand, 1961. – 321 p.
494. McClelland, D.C. The use of measures of human motivation in the study of society / D.C. McClelland / J.W. Atkinson (ed.). – Chicago: Aldine Publishing Company, 1974. – 51 pp.
495. McClelland, D. C. Methods of measuring human motivation / D.C. McClelland. – N.Y.: Cambridge University Press. – 1987. – P. 41-43.
496. McFarlane, A.C. Posttraumatic phenomena in longitudinal study of children following a natural disaster / A.C. McFarlane // *J. Am Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1987. – V.26. – P. 764-769.
497. McNally, R.J. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans / R.J. McNally, L.M. Shin // *Am J. Psychiatry*. – 1995. – V.152. – P. 936-938.
498. McFall, M. Analysis of Violent Behavior in Vietnam Psychiatric Inpatients with Posttraumatic Stress Disorder / M. McFall, A. Fontana, M. Raskind, R. Rosenheck // *Journal of Traumatic Stress*. – 1999. – V. 12, № 3. – P. 501-517.
499. Mendelson, G. The concept of posttraumatic stress disorder: A review / G. Mendelson // *J. Low Psychiat.* – 1987. – V. 10. – P. 45-62.
500. Merbaum, M. Some personality characteristics of soldiers exposed to extreme war stress. / M. Merbaum, A. Hefez // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1976. – № 44. – P. 1-6.

501. Musk, A.W. Pulmonary function in fire fighters: Acute changes in ventilator capacity and their correlates / A.W. Musk, et al. // *British J. of Industrial medicine*. – 1979. – V. 36. – № 1. – P. 468.

502. Norris, F.H. 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001 / F.H. Norris, M.J. Friedman, P.J. Watson [et al.] // *Am J. Psychiatry*. – 2002. – № 65. – P. 207-239.

503. Orr, S.P. Psychometric profile of PTSD, Anxious and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with psychophysiologic responses / S.P. Orr, T.M. Claiborn, B. Altman [et al.] // *J. Consulting and Clin. Psychol.* – 1990. – V. 58, № 3. – P. 329-335.

504. Penk, W. Clinical Assessment of PTSD among American Minorities who Served in Vietnam / W. Penk, I. Allen // *J. Traumatic stress*. – 1991. – V. 2, № 1. – P. 41-46.

505. Pennebaker, J.W. Disclosure of trauma and health among Holocaust survivors / J.W. Pennebaker, S.D. Barger, J. Tiebout // *Psychosom. Medicine*. – 1989. – V. 51. – P. 577-589.

506. Pennebaker, J.W. Traumatic experience and psychosomatic disease: exploring the role of behavioral inhibition, obsessing, and confiding / J.W. Pennebaker // *Canadian Psychology*. – 1985. – V. 26. – P. 82-95.

507. Peters, J.M. Chronic effect of firefighting on pulmonary function / J.M. Peters, et al. // *New England J. of Medicine*. – 1974. – № 25. – P. 291.

508. Pitman, R.K. Post-traumatic stress disorder, hormones and memory / R.K. Pitman // *Biological Psychiatry*. – 1989. – V. 26. – P. 221-223.

509. Pitman, R.K. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder / R.K. Pitman, B. Altman, E. Greenwald [et al.] // *J. of Clinical Psychiatry*. – 1991. – V. 52. – pp. 17-20.

510. Prigerson, K.G. Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment and abuse among men / K.G. Prigerson, P.K. Maciejewski, R.A. Rosenheck // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2001. – № 189. – P. 99-108.

511. PTSD Compensation and Military Service. Committee on Veterans Compensation for Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine and National Research Council, National Academy of Sciences / Washington, DC. – 2007. – p. 264.

512. Resnick, H.S. Prevalence of civilian trauma and of posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women / H.S. Resnick, D.G. Kilpatrick, B.S. Dansky, B.E. Saunders, C.L. Best // *J. of Consulting and Clinical Psychology* – 1993. – V. 61. – P. 984-991.

513. Roca, R.P. Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors / R.P. Roca, R.J. Spence, A.M. Munster // *Am J. Psychiatry*. – 1992. – V. 149. – P. 1234-1238.

514. Rogers, C.R. Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory / C.R. Rogers. – Boston: Houghton Mifflin, 1951. – 387 p.

515. Rokeach, M. The nature of human values / M. Rokeach. – N.Y.: Free Press, 1973. – P. 438.

516. Selden, H.L. Civil libertarian question chiefs right to ban smoking / H.L. Selden // *Fire End.* – 1978. – V. 131. – P. 112–113.

517. Schwartz, S.H. Universals in the structure and content of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries / S.H. Schwartz // *Advances in experimental social psychology*. – Orlando, FL: Academic, 1992. – V. 25. – P. 1-65.

518. Schwartz, S.H. Towards a psychological structure of human values / S.H. Schwartz, W. Bilsky // *J. of Personality and Social Psychology*. – 1987. – V. 53. – P. 550-562.

519. Schwartz, S.H. Toward a theory of the universal structure and content of values: Extensions and cross-cultural replications / S.H. Schwartz, W. Bilsky // *J. of Personality and Social Psychology*. – 1990. – V. 58. – P. 878-891.

520. Schwarz, C. Einsatzstress der Helfer / C. Schwarz, P. Klein, H. Schulke // *Brandwacht*. – 2003. – V. 58. – № 2. – C. 41-43.

521. Shalev, A.Y. Predictors of PTSD in injured survivors: a prospective study / A.Y. Shalev, T. Peri, L. Canetti, S. Schreiber // *Am J. Psychiatry*. – 1996. – V. 153. – P. 219-225.

522. Shalev, A.Y. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma / A.Y. Shalev, S. Freedman, T. Peri [et al.] // *Am J. Psychiatry*. – 1998. – № 155. – P. 630-637.
523. Shore, J.H. Psychiatric reactions to disaster: the Mount St Helen`s experience / J.H. Shore, E.L. Tatum, W.M. Vollmer // *Am J. Psychiatry*. – 1986. – V. 143. – P. 590-595.
524. Sinczuk-Walksak H. Neurological and neuropsychological examinations of workers occupationally exposed to manganese / H. Sinczuk-Walksak, M. Jaku-bowski, W. Matsak // *International J. of occupational medicine and environ mental health*. – Poland, 2001. – V. 14. – № 940. – P. 329-337.
525. Solomon, S.D. Efficacy of treat-Orients for posttraumatic stress disorder: An empirical review / S.D. Solomon, E.T. Gerrity, A.M. Muff // *J. of the American Medical Association*. – 1992. – V. 268. – P. 633-638.
526. Spiegel, D. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited / D. Spiegel, E. Cardena // *J. Abnormal Psychol.* – 1991. – V.100. – P. 366-378.
527. Sumi, K. Toxic Gases and Vapours Produced at Fires (Adapted from CBD-144) / K. Sumi, Y. Tsuchiya. – Originally published December, 1971. – 650 p.
528. Sumi, K. Evaluating toxicity of decomposition products from analytical data / K. Sumi, Y. Tsuchiya // *Proceedings, International Symposium on Flammability and Fire Retardants*. – 1976. – P. 241.
529. Tarabrina, N. Psychophysiology and Psychometrics of PTSD in Russian Combat Veterans / N. Tarabrina, N. Lasko, E. Misko, R. Pitman, S. Orr // *ISTSS 18 Annual Meeting «Complex Psychological Trauma: Its Correlates and Effects»*. – 2002. – P. 101-102.
530. Tarabrina, N. MMPI Profile of Russian Veterans of the Afghanistan War / N. Tarabrina, E. Lazebnaya, M. Zelenova, N. Lasko, S. Orr, R. Pitman // *ISTSS XII Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. – USA, San Francisco, 1996. – P. 48.
531. Tarabrina, N. Psychometric Profile of Russian Veterans of the Afghanistan War / N. Tarabrina, E. Lazebnaya, M. Zelenova, V. Agarkov [et al.] // *Second World Conference of the ISTSS*. – Jerusalem, 1996. – P. 39.

532. Tarabrina, N.V. The Russian version of the DES: The Pilot Study / N.V. Tarabrina, N.B. Lasko, V.A. Agarkov // Proceeding for the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress. – Canada, Montreal, 1997. – P. 105.

533. Trauma Disorders Glossary Copyright 1995-2000 by the Sidran Foundation / URL: <http://www/Sidran.org> (дата обращения 05.10.2015).

534. True, W.R. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms / W.R. True, J. Rice, S.A. Eisen, A.C. Heath, J. Goldberg, M.J. Lyons, J. Nowak // Arch Gen Psychiatry. – 1993. – V.50. – P. 257-264.

535. Ursano, R.J. Trauma and disaster, in Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos / R.J. Ursano, C.S. Fullerton, B.G. McCaughey. – London: Cambridge University Press, 1994. – P. 3-30.

536. Ursano, R.J. Posttraumatic Stress Disorder and Identification in Disaster Workers / R.J. Ursano, M.D., C.S. Fullerton, K. Vance, Tzu-Cheng Kao // Am J. Psychiatry. – 1999. – V. 156, № 3. – P. 353-359.

537. Van der Kolk, B.A. Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder / B.A. van der Kolk, O. van der Hart, C.R. Marmar // Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. – N.Y.: Guilford Press, 1996. – P. 303-327.

538. Van der Kolk, B.A. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD / B.A. van der Kolk, C.P. Ducey // J. of Traumatic Stress. – 1989. – V.2. – P. 259-274.

539. Washborn, A.E. Multiple fire fighter death incidents / A.E. Washborn, D.W. Harlow // Fire service today. – 1983. – V. 50. – № 1077. – P. 378.

540. Weather, F.W. Psychometric properties Clinician-Administered PTSD Scale – Form 1 (CAPS-1) / F.W. Weather, B.T. Litz // PTSD Research Quarterly. – 1994. – V. 5. – P. 2-6.

541. Weathers, F.W. The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity / F.W. Weathers, D.D. Blacke, K.E. Krinsley [et al.] // Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. – Boston, M.A., 1992. – P. 63-68.

542. Weisaeth, L. Psychological and psychiatric aspects of technological disasters, in *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster* / L. Weisaeth // *The Structure of Human Chaos* // Edited by R.J. Ursano, B.G. McCaughey, C.S. Fullerton – Cambridge, U.K.: Cambridge University Press. – 1994. – P. 72-102.

543. Yehuda, R. Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors / R. Yehuda, B. Kahana, J. Schmeidler [et al.] // *Am J. Psychiatry*. – 1995. – V. 152. – P.1815-1818.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МВД	– Министерство внутренних дел РФ
МЧС	– Министерство РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
ОВД	– органы внутренних дел
ГПС	– Государственная противопожарная служба МЧС России
ФПС	– Федеральная противопожарная служба МЧС России
СПб УГПС	– Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России
МЧС России	– пожарная служба МЧС России
КТО	– контртеррористическая операция
ОСР	– острое стрессовое расстройство
ПТСР	– посттравматическое стрессовое расстройство
ЧМТ	– черепно-мозговая травма
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ПАВ	– психоактивные вещества
НЛП	– нейролингвистическое программирование
SEM	– Structural Equations Modeling – метод моделирования структурными уравнениями
AMOS	– Analysis of Moment Structures – модуль анализа структур моментов в статистическом пакете компьютерных программ «SPSS Statistics 22.0»
СПА	– экспресс-методика оценки социально-психологической адаптации, прогноз вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (В.А. Корзунин, П.А. Зиборова, 2009)
НПА	– тест «Нервно-психическая адаптация» (И.Н. Гурвич, 1992)
КОТ	– краткий отборочный тест оценки интеллектуального уровня
СМИЛ	– стандартизированный многофакторный метод исследования личности (в адаптации Л.Н. Собчик, 2002)

**Программа краткосрочной групповой психологической коррекции
психосоциальных составляющих личностной структуры сотрудников МЧС
России, принимавших участие в ликвидации последствий
чрезвычайных ситуаций**

1-й день: «Установление позитивного контакта и работа с целью»

Содержание и цель	Действия тренера и участников	Время
Знакомство Создание доверительного контакта, комфортной атмосферы	1. Представление тренера. Форма обращения «Ты-Вы». Правила поведения и регламента работы группы. 2. Цель и задачи тренинга, план работы по дням. 3. Представление участников: имя, эпитет, позитивным образом характеризующий свою личность (оптимистичный Алексей, решительный Дмитрий и т.д.).	20 мин
Разминка 1 «Пересядьте те, кто...»	Все сидят в кругу. Лишний стул убирается. Ведущий становится в центре и говорит: «А сейчас пересядут все те, кто...пили сегодня кофе (умеют плавать, не носят часы и т.д.)». Условие: нельзя оставаться на месте, если словосочетание относится к Вам, нельзя садиться на соседний стул. Тот, кто остался без места – становится ведущим.	10 мин
Интегральная экспресс-оценка психического состояния	Психодиагностика психического состояния участников: тест «Нервно-психическая адаптация» (Гурвич И.Н., 1992), тест М. Люшера (модификация «Попарные сравнения»), экспресс-методика оценки состояния социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР (по В.А. Корзунину, П.А. Зиборовой, 2009)	20 мин
Упражнение 1 «Жизненное препятствие» Осмысление собственных способов решения проблем и преодоления жизненных препятствий	На середину круга ставится стул – «жизненное препятствие». Каждый участник по очереди подходит к стулу и показывает пантомимой, как он будет его преодолевать (что будет делать). Обсуждение и ответы на вопросы: «Какие варианты преодоления препятствий Вы знаете? Как каждый назовет тот способ, которым он преодолевает препятствия? Что Вы думаете о своем способе решения проблем (эффективно – не эффективно, полезно – вредно)? Что Вы думаете о способах преодоления трудностей другими участниками?»	30 мин 30 мин
Планирование жизни Определение цели, создание плана решения ситуации и достижения желаемого	Опыт личности определяет степень и гибкость стратегий, используемых для управления ситуацией. Однако чужой опыт не всегда помогает, поэтому важно избегать ошибок целеполагания. Предложить участникам написать на листе бумаги: 1. Свою цель: « <i>Чего ты хочешь?</i> » При этом цель должна формулироваться максимально конкретно, без частицы «не» («если Вы не хотите этого, то чего же Вы хотите?»). 2. Цель должна быть <i>достижима</i> , хотя и требовать некоторого напряжения своих способностей и возможностей. 3. <i>Мотивация</i> достижения цели: зачем, ради чего стоит что-	60 мин

	<p>то делать. «Почему Вы хотите, чтобы этого не было, и что Вы сделаете, когда этого не будет? Чем это выгодно для Вас, что хорошего это даст?».</p> <p>Предложить участникам высказаться, при этом акцентировать их внимание, что рассматривать трудную жизненную ситуацию необходимо не с точки зрения поиска истины, а с точки зрения ее «полезности-вредности». «Полезное» объяснение может привести к позитивным пробным действиям, при этом обретается контроль над ситуацией. Эмоциональное объяснение является «вредным», т.к. приводит к заключению, что с ситуацией «ничего нельзя сделать...».</p> <p>4. Определить <i>срок</i> достижения цели. Задание участникам: «Где бы мы могли встретиться через год? Как теперь выглядит ваша жизнь, что изменилось? Что помогло Вам изменить ситуацию? Что Вы стали делать по-другому? И теперь, когда Вы стали вести себя по-другому, что изменилось в Вашей жизни? Чем это хорошо для Вас?»</p> <p>5. Определить <i>средства</i> достижения цели.</p> <p>6. Прогнозировать <i>препятствия</i>, которые могут встретиться на пути и помешать достижению цели.</p> <p>Выступление желающих, обсуждение.</p>	
<p>Определение личных и социальных ресурсов</p> <p>Создание ощущения общности целей, «чувства локтя» и социальной поддержки; способствование пониманию того, как личные ресурсы и социальное окружение могут помочь в достижении поставленной цели.</p>	<p>1. Задание: «Нарисуйте карту <i>личных ресурсов</i>. Что раньше помогало Вам преодолевать препятствия и достигать поставленной цели? Что сейчас и в будущем может помочь?».</p> <div data-bbox="539 1061 798 1290" data-label="Diagram"> </div> <p>Обсудить с группой: как именно каждый будет использовать ресурсы в достижении своей цели.</p> <p>2. Задание: «Нарисуйте карту <i>социальной сети</i> (окружения, которое может способствовать достижению цели)». Подчеркнуть, что реализация личной цели идет в социальной сфере (многие видят мир как враждебный, однако всегда найдутся люди, которые смогут оказать помощь и поддержку).</p> <div data-bbox="539 1585 798 1814" data-label="Diagram"> </div> <p>Вопросы к участникам:</p> <p>1. «Какие люди имеют или имели ранее отношение к вашей цели (помогали, мешали)? Выбрать из них двоих наиболее значимых (помогающих). Какова заслуга перед Вами у этих людей?»</p> <p>2. «Представьте, что Вы уже достигли своей цели, кого Вы</p>	<p>30 мин</p> <p>30 мин</p>

	пригласите за праздничный стол? Что Вы скажете, решив поблагодарить этих людей?».	
	3. Стимулировать участников к тому, чтобы они сообщили этим людям об их заслугах, смогли поблагодарить их (для усиления сотрудничества в будущем). «Знает ли этот человек, какую услугу он Вам оказал? Зачем ждать, может сказать ему об этом в ближайшее время?»	
Подведение итогов дня	Обмен впечатлениями и обратная связь: субъективное мнение участников о том, что было хорошо, что – неудачно. Вопросы для обсуждения: «Что нового для себя Вы узнали? Чему научились? Что было непонятно? Над чем Вы еще размышляете?»	10 мин
Итого	4 часа (240 мин)	

2-й день: «Психологическая коррекция симптомов ПТСР»

Содержание и цель	Действия тренера и участников	Время
Разминка 1 Психогимнастика	Каждый здоровается с другим участником не при помощи слов, а используя оригинальные приветственные жесты, выражая свои чувства невербальным способом.	10 мин
Мини-лекция «Последствия психической травматизации»	Вопросы к присутствующим: «Что значит для Вас экстремальная ситуация: 1) угроза, опасность, 2) испытание, 3) приключение?». Дать общее представление о видах последствий психической травмы (позитивно-адаптивными, пограничными и патологическими), клинической картине ОСР и ПТСР, возможностях психокоррекционного вмешательства. Способствовать осознанию участниками своего текущего состояния, устранению ореола исключительности имеющихся психологических проблем, установлению связи между психогенными факторами, возникновением и сохранением симптомов ПТСР. Ответить на вопросы.	30 мин
Разминка 2 Упражнения на релаксацию	1. Встать, руки вытянуть перед собой. Взгляд направить вверх. Расслабить руки, дать им произвольно разойтись в стороны. 2. Руки вытянуть перед собой. Закрывать глаза. Представить, что к одной руке привязана гиря, а вторая рука привязана к воздушному шару. 3. Руки вытянуть перед собой. Одной рукой в быстром ритме сжимать и разжимать пальцы, другой рукой делать то же самое, но медленно.	5 мин
НЛП Визуализация травматической ситуации, изменение субмодальностей мысленно-зрительных образов, уменьшение «остроты» эмоций, разблокирование телесных ощущений	1. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Вообразите, большой белый экран. Представьте на экране любой предмет. Уберите его с экрана, вместо него поместите белую розу. Поменяйте белую розу на красную (покрасьте ее кисточкой). Уберите розу. Представьте комнату, в которой Вы находитесь: обстановку, мебель, цвет. Уберите комнату. 2. Вспомните негативную ситуацию. Представьте ее в виде цветной картинку, расставьте действующих лиц. Теперь поменяйте цвет, расположение фигур (проработайте все модальности – отдалите фигуры от себя, сделайте их плоскими, черно-белыми, если двигаются – остановите, измените их форму и т.п.). 3. Есть ли звук в этой ситуации? Определите интенсивность, ис-	45 мин

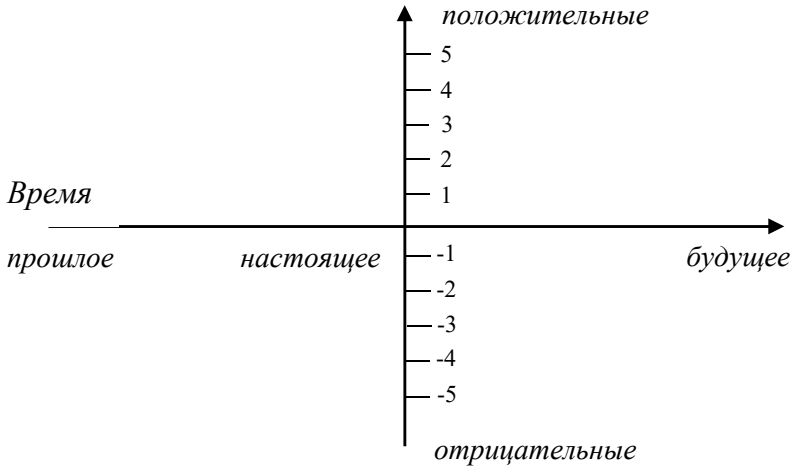
	<p>точник. Измените громкость (сделайте тише, совсем выключите звук, одновременно включите любимую музыку). Представьте, что звук записали на пластинку, поставьте ее на проигрыватель, ускорьте звучание. Сделайте звук смешным.</p> <p>4. Сосредоточьтесь на телесных ощущениях. Что Вы чувствуете? Если тело чувствует себя хорошо, то можно продолжать перекрашивать негативную картинку. Если нет – используем техники на релаксацию. Если кружится голова, то можно «мир вращать в другую сторону». Затем вернуться в начало ситуации и вновь начать работать с картинкой.</p> <p>4. При работе с содержанием ситуации – можно выбросить негативный объект, растоптать или изменить его.</p> <p>5. Работа с негативными эмоциями: «На что похож Ваш страх (боль, разочарование)? Например, на тучу. Можно смотреть на нее и превратить ее в белое облако, добавить ветер, чтобы это облако улетело. Когда облако скрылось за горизонт, боль ушла. Боль может быть в виде гири. Тогда мы представляем, что гиря надутая, и она тоже может улететь».</p> <p>6. Теперь найдите в памяти позитивную ситуацию и представьте ее в виде картинку.</p> <p>7. Сравните эти две картинки, какая из них более яркая?</p> <p>8. Перенесите характеристики позитивной картинку на негативную картинку.</p> <p>9. Вновь взгляните на измененную негативную картинку. Переверните картинку (или посмотрите на нее с потолка). Поместите фильтр перед глазами, чтобы картинка стала ярко синей, затем зеленой (перекрасьте в свой любимый цвет). Как изменилось отношение к картинке (ситуации)?</p> <p>10. После того, как я сосчитаю от 1 до 5, Вы медленно, на вдохе откроете глаза и будете чувствовать себя бодро, уверенно, спокойно.</p> <p>Обсуждение, обмен впечатлениями.</p>	
<p>Разминка 3 Создание доверительного контакта, развитие сотрудничества и доверия к окружающим</p>	<p>Группа разбивается на пары. Один участник изображает автомобиль: он закрывает глаза и поднимает руки на уровень груди, имитируя «бампер» (это усиливает чувство безопасности). Другой участник становится «водителем» автомобиля. Он становится сзади и использует для управления следующие сигналы: «вперед» – ладонь между лопаток; «поворот налево» – ладонь на левое плечо; «поворот направо» – ладонь на правое плечо; «назад» – ладонь на затылок; «стоять» – руку убрать со спины; скорость регулируется силой нажатия. Вербальные контакты запрещаются. Водитель отвечает за сохранность «автомобиля» и должен избегать столкновений. Задача: безопасно пересечь комнату. Через 5 минут партнеры меняются местами.</p> <p>Обсуждение: Насколько уверенно Вы чувствовали себя в парах? Усилилось или ослабло Ваше доверие к партнеру?</p>	<p>10 мин</p>
<p>Нивелирование негативных эмоций при воспоминаниях о травматическом инциденте</p>	<p>Упражнение проводится с группой или индивидуально (на добровольце). Инструкция: «Посмотрите вверх и влево. Я буду считать от 1 до 10, на счет «7» Ваши глаза закроются. Вы будете продолжать осознавать все, что здесь происходит. В дальнейшем, когда я скажу слово «отменяю», любое вну-</p>	<p>90 мин</p>

<p>Повторное переживание и структурирование травматических ассоциаций, ситуативно-образное отреагирование травматического эпизода, обретение контроля над воспоминаниями и эмоциональным реагированием.</p>	<p>шение не будет иметь для вас никакой силы».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Найдите в Вашей жизни травматический инцидент (ситуацию, связанную с негативными переживаниями). 2. Вернитесь к началу этой ситуации. Где Вы находитесь? Какое время суток? Что Вы видите вокруг себя? Опишите, в чем Вы одеты, какие люди Вас окружают? Что Вы слышите? Что чувствуете? Какой фразой это можно выразить? 3. Расскажите, что с Вами происходит. Что Вы видите и слышите? Что чувствуете эмоционально и телесно? 4. Повторите 10-20 раз фразу, вызвавшую негативные переживания. Повторяйте ее до тех пор, пока не почувствуете, что тело расслабилось, а отрицательные эмоции сменились спокойствием (ощущением «пустоты»). 5. Что происходит дальше? Что Вы видите и слышите? Что чувствуете эмоционально и телесно? Далее ситуация пошагово «просматривается» до конца, эмоционально значимые моменты, слова, ощущения, когнитивные ассоциации проговариваются несколько раз, вплоть до трансформирования негативного эмоционального состояния в нейтральное. 6. Это конец ситуации? Теперь Вам нужно пройти этот эпизод еще раз, замечая все больше деталей. Что Вы видите, слышите, чувствуете? 7. Завершение сеанса: «Найдите в Вашей жизни случай, связанный с положительными эмоциями, когда Вы чувствовали себя радостным, счастливым, успешным. Идите к началу этого случая. Что происходит? Что Вы видите, слышите, чувствуете? Побудьте в этом состоянии столько, сколько Вам хочется». 8. Возвратитесь в настоящее время. Где вы находитесь? Какое сегодня число, день недели? 9. Отменяю. 10. Когда я сосчитаю от 1 до 5, Вы медленно, на вдохе откроете глаза и будете чувствовать себя бодрым, уверенным, спокойным. <p>Обсуждение, обмен впечатлениями.</p>	
<p>Разминка 4 «Скала» Усиление ощущения социальной поддержки</p>	<p>Все встают очень плотно в одну извилистую линию, держась друг за друга. Ступни – как выступы на «скале». Каждый проходит «по краю пропасти, держась за скалу» и встает в конце линии. Проходить нужно, ступая вплотную к ступням, при этом возникает необходимость держаться за товарищей.</p>	10 мин
<p>НЛП Техника визуально-кинестетической диссоциации Переработка травматического опыта, преодоление эмоциональной сверхвовлеченности и фиксированности на травматическом</p>	<p>Инструкция группе: «Посмотрите вверх и влево. Я буду считать от 1 до 10. На счет «7» Вы закройте глаза».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Найдите в своей жизни реальное событие, в котором Вы участвовали в процессе службы. 2. Где Вы находитесь? Каковы Ваши действия и эмоции? 3. Посмотрите на сложившуюся обстановку так, как будто Вы наблюдаете за происходящим «со стороны». 4. Теперь представьте, что события, которые происходят с Вами, Вы видите на экране кинотеатра в виде цветного фильма (начало – ключевой момент – окончание). 5. Вообразите, что Вы смотрите черно-белый вариант кино. 	30 мин

переживании, пере- стройка поведенче- ских паттернов.	<p>При просмотре этого фильма попробуйте отнестись к нему так, как будто Вы смотрите «учебный фильм о профессии пожарного (спасателя)».</p> <p>6. У Вас в руках пульт дистанционного управления: увеличьте скорость, «промотайте» киноленту с ускорением от начала до конца: все ли закончилось благополучно? Что Вы чувствуете?</p> <p>7. Отмотайте «кино» в обратном порядке (от последнего благополучного кадра к первому).</p> <p>8. Вы – режиссер, в ключевой момент измените свое поведение, сделайте так, чтобы изменить ситуацию к лучшему.</p> <p>9. Отдайте от себя экран. Посмотрите на него через матовое стекло, безучастно.</p> <p>10. Теперь представьте себя на экране через год (через 5 лет) в образе, в котором Вы себе наревитесь. Вы сидите в кинотеатре, смотрите фильм о себе и рассказываете своему ребенку о своем достойном профессиональном прошлом.</p> <p>11. Когда я сосчитаю от 1 до 5, Вы медленно, на вдохе откроете глаза и будете чувствовать себя бодрым, уверенным в своих силах, спокойным.</p>	
Подведение итога дня	Обратная связь: «Как инцидент (психотравмирующая ситуация) представляется Вам теперь? Как себя чувствуете при воспоминании о ней?» Субъективное мнение участников о том, что понравилось или мешало работе.	10 мин
Итого	4 часа (240 мин)	

3-й день: «Коррекция личностных особенностей участников, принятие, укрепление и реконструкция образа «Я»

Содержание и цель	Действия тренера и участников	Время
Разминка 1 Сокращение эмоциональной дистанции между участниками	Задание группе: «Сегодня, приветствуя друг друга, каждый будет дарить другому воображаемый подарок (неважно какой, главное – дарить от души). Получивший подарок должен сказать, чем понравился или не понравился подарок, и что в действительности он хотел бы получить».	10 мин
Упражнение 1 Развитие умений видеть в любом человеке положительные черты, принятие себя	«Стул комплиментов»: в центре круга устанавливается стул, который приглашается занять одному из участников. Окружающим предлагается подумать о том, какая черта характера, привычка сидящего в центре им нравится, и по очереди сказать ему об этом (сделать комплимент). Называть недостатки категорически запрещается. Тот, кому сказали комплимент, должен поблагодарить и ответить тем же.	30 мин
Упражнение 2 Осознание своего уникального «Я», и общности с другими людьми.	Возьмите листок бумаги и за 10 минут дайте 20 ответов на вопросы: «Кто Я? Какой Я?». Проанализируйте, сколько в Ваших ответах общечеловеческих характеристик, сколько описывают социальное «Я» (сын, дочь, курсант, друг и др.), а сколько – индивидуальное «Я» (характеристики, присущие только Вам: достоинства характера, таланты, принципы, интересы и др.). Какие из них преобладают в Вашем списке? Каким представит Вас человек, который знакомится с Вами заочно, только по этому	30 мин

	<p>списку? Вы дали себе больше положительных или отрицательных характеристик? Назовите их. Что Вам хотелось бы в себе изменить? Обсуждение: конфронтация ригидным убеждениям и анализ сопротивления (защитных механизмов) отдельных участников.</p>	
<p>Упражнение 3 История жизненных переживаний</p> <p>Определение психологического времени личности (причинно-следственных связей прошлого, настоящего и будущего). Исследование ситуации в контексте жизненного пути. Содействие установлению связи между травмой, образом «Я» и планами на будущее. Оценка позитивного (личностный рост) или негативного (торможение развития) влияния жизненных событий на образ «Я»</p>	<p>Жизненные события важны для: 1) планирования будущего; 2) понимания внешнего мира (поведения людей, социальных норм и др.); 3) осознания уникальности собственной жизни и ценности своего опыта; 4) формирования представления о себе как личности (образ «Я»), отношения к себе и своим ресурсам. Вопрос к участникам: «Очень многие люди считают, что перенесенные трудности их чему-либо научили. Можно ли то же самое сказать о Вас?». На листе начертите систему координат: вертикальная ось – положительный и отрицательный полюса переживаний (от -5 до +5); горизонтальная – время Вашей жизни (годы). Отмеченные события соединяются линией.</p> <p>Задание участникам:</p> <div style="text-align: center;"> <p><i>События и переживания</i></p>  </div> <ol style="list-style-type: none"> Отметьте в настоящем времени на оси переживаний то эмоциональное состояние, которое у Вас есть сейчас. Вспомните значимые («переломные») события в Вашей жизни, которые связаны с негативными переживаниями. Когда они были? Какие эмоции Вы тогда испытывали? Отметьте на «линии времени» эти события и интенсивность переживаний. Какое из них было максимально тяжелым? Вспомните события, когда Вы испытывали сильные положительные переживания. Отметьте на «линии времени» эти события и интенсивность переживаний. Какое из них было самым счастливым? Создайте позитивное представление о будущем (спланируйте будущие позитивные события своей жизни). <p>Групповая дискуссия: история нашей жизни формирует восприятие себя и других, определяет ценности личности и ее ожидания, влияет на стиль взаимодействия и отношения между людьми. После психотравмы, переломного (критического) события временная ось биографии делится на время «до» и время «после», возникает феномен «укорочения жизненной перспективы».</p>	50 мин

	Стратегии совладания с психотравмирующим или кризисным событием могут быть неэффективны, поэтому необходимо обратиться к психологу, пересмотреть жизненные установки и изменить свою жизнь к лучшему.	
Упражнение 4 Психосинтез (перестройка личности вокруг нового «центра») Формирование идеальной модели образа «Я».	Представьте себя таким, какой Вы есть на самом деле (Я-реальное). Затем опишите себя таким, каким Вы хотели бы быть (Я-идеальное). 1. Посмотрите вверх и влево. На счет 7 - закройте глаза. Сосредоточьтесь на своем дыхании. 2. На белом экране представьте образ, в котором вы себе нравитесь: прорисуйте «Я-идеальное» в деталях. Следите за тем, чтобы мышцы тела были расслаблены, и в теле не было неприятных ощущений. 3. Я-идеальное уменьшите до точки и переместите в верхний правый угол экрана. 4. Теперь представить образ Я-реального. 5. Установите одну картинку рядом с другой. 6. Вдохните. По команде «Хоп» (на выдохе) Я-идеальное резко увеличивается и перекрывает Я-реальное на середине экрана. 7. Я-реальное исчезает, Я-идеальное заполняет весь экран. 8. Когда позитивная картинка заполнит весь экран, можно открыть глаза. Данную операцию необходимо проделать 6-7 раз.	30 мин
Упражнение 5 Психокоррекция страхов иммерсионными методами (имплозии, парадоксальной интенции) Угасание безусловной реакции при предъявлении в воображении условного стимула, который не находит подкрепления. Изменение установки к своему страху.	Объяснить участникам механизм действия метода, подчеркнуть важность эмоциональной вовлеченности в воображаемую ситуацию и снижения эффективности метода при избегании страха. Задания присутствующим: 1. Написать в иерархическом порядке 3 самых сильных своих страха. 2. Закрывать глаза и представить сцену, вызывающую страх (как можно более точно, во всех деталях и модальностях). Затем постараться усилить страх, создав в воображении максимально пугающую ситуацию (со всеми подробностями) и проговаривая про себя, например, следующую фразу: «Мне очень страшно, мое сердце бьется все сильнее, у меня напряжены мышцы, мне трудно дышать... и т.п.». Поддерживать высокий уровень страха необходимо в течение 40-45 мин., представляя наиболее худший вариант развития событий. 3. Дистанцироваться, отстраниться от пугающей ситуации, изменить отношение к ней, создав юмористическую установку. 4. Обсуждение: как изменялось самочувствие, что мешало эмоциональной вовлеченности в процесс. 5. Домашнее задание присутствующим: продолжить самостоятельные тренировки (1 раз в день) вплоть до снижения интенсивности фобических переживаний.	60 мин
Упражнение 6 Отреагирование агрессивных эмоций	Разбиться на «тройки». Инструкция: «Вспомните фрустрирующую ситуацию, когда внешние обстоятельства или окружающие люди мешали достижению Ваших целей, вызывая у Вас агрессивные эмоции. Где телесно (в шейном, грудном, поясничном отделе позвоночника) Вы больше ощущаете тяжесть, «груз жизненных проблем»? Далее один человек становится на четвереньки, двое других ладонями надавливают на плечи (грудной отдел или поясницу) третьего. Задание: сбросить «груз про-	20 мин

	блем», распрямиться, встать с колен, несмотря на сопротивление удерживающих (сила давления не должна быть чрезмерной). Похвалить себя за успешное преодоление препятствия. Поменяться местами и повторить упражнение.	
Подведение итогов дня	Обратная связь: субъективное мнение участников об эффективности упражнений, отчет о самочувствии.	10 мин
Итого	4 часа (240 мин)	

4-й день: «Обучение приемам и методам психической саморегуляции»

Содержание и цель	Действия тренера и участников	Время
Приветствие Раскрытие внутреннего мира участников, укрепление доверительных отношений	Каждый по очереди бросает мяч другому участнику и говорит, чем он с ним похож (личностными качествами, взглядами, интересами и др.). Совет тренера: «Когда не знаешь, о чем говорить – говори о чувствах, которые вызывает в тебе этот человек, его слова и поступки, это помогает установлению откровенных и доверительных отношений».	10 мин
Разминка 1 Оценка потенциала доверия	Участники разбиваются на пары. Один закрывает глаза, другой встает на расстоянии 2-3-х метров и начинает медленно подходить, как можно ближе, стараясь незаметно дотронуться до плеча. «Слепой» может в любой момент сказать: «Стоп!», открыть глаза и определить в какой ситуации он принял меры предосторожности. Обсуждение: Что побудило сказать «Стоп»? Насколько близко я позволяю другим подойти ко мне?	10 мин
Мини-лекция «Психическая саморегуляция»	1. Сформировать уверенность в своих силах, привести примеры того, что каждый человек обладает внутренними ресурсами и механизмами саморегуляции, необходимыми для самооздоровления организма. 2. Ознакомить участников с понятием «психической саморегуляции» - способностью эффективно управлять своим эмоциональным и физическим состоянием, достигая релаксации, чувства покоя и умиротворенности. Подчеркнуть, что в этом состоянии сознание выступает как «сторонний наблюдатель» за происходящими изменениями, поэтому не следует анализировать, контролировать изменения и вмешиваться в процесс, а попытаться довериться мудрости своего организма. 3. Создать мотивацию (активную установку) на освоение методик саморегуляции. Разъяснить доступность и пользу их освоения с целью быстрого достижения состояния релаксации, возможности восстановить силы и активировать ресурсы для решения проблем. Привести примеры. Подчеркнуть необходимость точного выполнения инструкций сейчас и во время регулярных самостоятельных занятий в дальнейшем. 4. Ответить на вопросы.	20 мин
Упражнение 1 Дыхательные упражнения «Разрядка» негативных эмоциональных состояний, снятие мышечного	Быстрый способ успокоиться в стрессовой ситуации. Условия при выполнении дыхательных упражнений: дышать через нос; вдох продолжается 2-3 с и плавно переходит в выдох без паузы; выдох через нос или рот продолжительностью 2-3 с; приступать к выполнению интенсивных дыхательных упражнений не ранее чем через 2-2,5 ч после приема пищи. 1. Займите удобное положение. Положите левую ладонь на жи-	30 мин

напряжения	<p>вот в области пупка. Правую ладонь положите на левую. Закройте глаза. Расслабьтесь.</p> <p>2. Представьте себе пустой мешок, находящийся внутри Вас – там, где лежат Ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот мешок. По мере заполнения мешка воздухом руки будут подниматься.</p> <p>3. Как только «мешок» наполнится полностью – задержите дыхание на 2 с. Повторяйте про себя фразу: «мое тело спокойно».</p> <p>4. Начните медленно выдыхать, опустошая мешок. Повторяя про себя фразу: «мое тело спокойно».</p> <p>Повторите упражнение 3-5 раз. Если появится головокружение – остановитесь. Делайте это упражнение утром и вечером, а также используйте его в стрессовых ситуациях. Поначалу Вы можете не заметить никакой реакции, однако при регулярных тренировках Вы будете способны расслабиться «моментально». Важны систематические занятия, которые сформируют антистрессовую установку. Обратная связь от участников.</p>	
<p>Упражнение 2</p> <p>Прогрессивная мышечная релаксация (ПМР)</p> <p>Развитие умений ПМР для полного расслабления. С целью овладения методикой и закрепления навыков ПМР по Э. Джекобсону необходимо 8-10 занятий в течение 3-4 недель (задание на самостоятельную работу)</p>	<p>Система упражнений предполагает напряжение (2-3 с) с последующим расслаблением (4-6 с) групп мышц. Сядьте удобно, ослабьте ремень, тесную обувь, снимите часы. Каждое упражнение повторяется 2-7 раз. Закройте глаза.</p> <p>1. «Представьте себя стоящим на верхней площадке длинной лестницы, ведущей вниз... Представьте, что лестница покрыта мягким и пушистым ковром, и Вы босыми ногами медленно начинаете спускаться по ней... переступая со ступеньки на ступеньку. Медленно и постепенно начинаем спуск... 10, 9, 8... С каждой ступенькой Вы все глубже расслабляетесь... 6, 5, 4... Когда досчитаете до нуля, вы почувствуете состояние полного покоя и глубокого расслабления...».</p> <p>2. Дышите спокойно, сосредоточьтесь на том, как воздух попадает в нос, затем в бронхи, грудная клетка расширяется на вдохе, на выдохе – сужается (30 с.).</p> <p>3. Сделайте очень глубокий вдох. Глубже! Задержите воздух... и расслабьтесь на выдохе. Вернитесь к нормальному дыханию (пауза 10 сек., затем повторить 2 раза).</p> <p>4. Поставьте ступни ног плотно на пол. Пальцы ног прижмите к полу и поднимите обе пятки так высоко, как сможете, еще выше! Задержите на 2-3 с и расслабьте. Пусть они мягко упадут на пол (4-6 с). Повторите еще раз.</p> <p>Теперь оставьте пятки на полу, а пальцы поднимите как можно выше, еще выше! Задержите. Расслабьте. Ваши мышцы сейчас расслаблены, пусть они становятся все тяжелее. Ощутите тепло в этой области (пауза 20 с).</p> <p>5. Сосредоточьтесь на мышцах бедер. Вытяните прямо перед собой обе ноги, при этом икры не должны напрягаться. Прямо! Еще прямей! И расслабьте... Пусть ноги мягко упадут на пол. Повторить еще раз.</p> <p>Теперь представьте, что Вы на пляже и зарываете пятки в песок. Начали! Тверже упирайтесь пятками! Еще тверже! И расслабьте... Повторим еще раз. Почувствуйте в верхней части ваших ног тепло и расслабление. Дайте мышцам расслабиться еще больше (пауза 20 с).</p>	50 мин

	<p>6. Перейдем к рукам. Сожмите одновременно 2 кулака настолько сильно, насколько это возможно. Еще крепче! И расслабьте. Повторить еще раз. Сожмите, задержите и расслабьте.</p> <p>Чтобы расслабить противоположную группу мышц растопырьте пальцы рук настолько широко, насколько это возможно. Еще шире! Задержите в этом состоянии и расслабьте. Повторим еще раз. Обратите внимание на ощущение теплоты и покалывания в кистях рук и предплечьях. Запомните эти ощущения (пауза 20 с).</p> <p>7. Перейдем к плечам. Мы несем на наших плечах большой груз напряжения и стресса. Поднимите плечи вертикально (пожмите плечами): мысленно попытайтесь достать ими до мочек ушей. Еще выше! И расслабьте. Повторим еще раз. Сконцентрируйте внимание на ощущении тяжести в плечах. Опустите плечи, дайте им полностью расслабиться. Пусть они становятся все тяжелее и тяжелее. Ощутите тепло в этой области (пауза 20 с).</p> <p>8. Перейдем к лицу. Улыбнитесь настолько широко, насколько можете – «улыбкой до ушей». Еще шире! Задержите это напряжение. И расслабьте. Повторите еще раз. Улыбнитесь широко! И расслабьтесь.</p> <p>Теперь сожмите губы вместе, максимально плотно и крепко. Расслабьте. Повторите еще раз. Ощутите тепло и расслабьте мышцы вокруг рта (пауза 20 с).</p> <p>9. Перейдем к глазам. Зажмурьте глаза очень крепко, будто в них попал шампунь. Еще крепче! Задержите. Расслабьте. Повторите еще раз.</p> <p>Не открывая глаз, приподнимите брови, максимально высоко! Задержите. Расслабьте. Повторите. Сделайте паузу и почувствуйте тепло и полное расслабление лица (пауза 20 с).</p> <p>10. Вы чувствуете расслабление, проникающее в Ваше тело, как теплая волна... Вы чувствуете расслабление лба, которое переходит на глаза, щеки, нижнюю часть лица, затем спускается на шею, плечи, грудную клетку, предплечья, кисти рук, живот. Расслабляются Ваши ноги, волна тепла, начинаясь с бедер, спускается на икры и ступни. Задержите эти ощущения и насладитесь чувством расслабления (пауза 2 мин).</p> <p>11. Сейчас я буду считать от 1 до 10. На каждый счет вы почувствуете, что сознание становится все более ясным, а тело более свежим и энергичным. На счет 10 Вы откроете глаза и будете чувствовать себя бодрым, с приливом сил и желанием действовать. 1, 2, 3, 4...10. Откройте глаза и потянитесь. Ваше сознание ясно, Ваше тело отдохнуло.</p> <p>Упражнения следует делать 2 раза в день: утром и вечером.</p> <p>Обсуждение и получение обратной связи. Акцентировать внимание на позитивных переживаниях, свидетельствующих об овладении методикой.</p>	
<p>Упражнение 3</p> <p>Концентрационные упражнения</p> <p>Улучшение концентрации внимания и быстрого</p>	<p>В случае возникновения ситуаций, когда необходимо быстро вспомнить необходимую информацию (слово, мысль, действие и т.д.), рекомендуется кратковременная концентрация по команде на «своем» слове или на счете. Возможно, это не всегда будет удаваться. Но с помощью этого метода можно вспомнить забытое быстрее, чем пытаясь усиленно «напрягать память».</p> <p>1. Сядьте удобно, расслабьтесь, закройте глаза, чтобы внимание</p>	<p>20 мин</p>

воспоминания необходимой информации	<p>не отвлекалось на посторонние раздражители.</p> <p>2. Дышите спокойно через нос. Старайтесь сосредоточиться лишь на том, что вдыхаемый воздух холоднее выдыхаемого.</p> <p>3. Варианты концентрации:</p> <p>а) <i>концентрация на счете</i>. Мысленно медленно считайте от 1 до 10 и сосредоточьтесь на этом медленном счете. Если в какой-то момент мысли начнут рассеиваться, начните считать сначала. Повторяйте счет в течение нескольких минут.</p> <p>б) <i>концентрация на слове</i>. Выберите какое-нибудь короткое (лучше двусложное) слово, которое вызывает у Вас положительные эмоции или с которым связаны приятные воспоминания (например, имя любимого человека, ласковое детское прозвище, название любимого блюда и т.п.). Мысленно произносите первый слог на вдохе, второй - на выдохе.</p> <p>Сосредоточьтесь на «своем» слове, которое отныне станет вашим персональным кодом при концентрации и будет приводить к релаксации всей мозговой деятельности.</p> <p>4. Выполняйте упражнения до тех пор, пока это доставляет Вам удовольствие.</p> <p>5. Закончив упражнение, проведите ладонями по лицу, не спеша откройте глаза и потянитесь. Еще немного спокойно посидите. Отметьте, что вам удалось победить рассеянность.</p>	
Упражнение 4 Аудиокурс «Щит» для сотрудников силовых структур	Примите максимально удобное положение. Прослушайте медитативные психотерапевтические сеансы: «Сон», «Уверенность», «Выбор», «Творчество», направленные на эмоционально-волевую саморегуляцию тревоги, расстройств сна, стимуляцию решительности при возникновении нестандартных ситуаций и активизацию творческих способностей.	60 мин
Интегральная экспресс-оценка психического состояния	Экспресс-методика оценки состояния социально-психологической адаптации и прогноза вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками ПТСР, тест «Нервно-психическая адаптация» (Гурвич И.Н., 1992), тест М. Люшера (модификация «попарные сравнения»).	20 мин
Подведение итогов	Обсуждение итогов дня и психокоррекционных мероприятий в целом. Субъективное мнение участников о сильных и слабых сторонах программы; об изменении эмоционального состояния в течение и после ее окончания (анонимное анкетирование).	20 мин
Итого	4 часа (240 мин)	

**Методика оценки социально-психологической адаптации и прогноза
вероятности развития дезадаптационных нарушений у лиц с признаками
ПТСР (по В.А. Корзунину, П.А. Зиборовой)**

Инструкция: Внимательно прочитайте утверждение и ответьте письменно «Да» или «Нет», в соответствии с Вашим состоянием в настоящее время.

№	Содержание вопроса	Да/Нет
1	Меня волнуют прошлые поступки и ошибки	
2	Я думаю, что даже самые драматические события уже через год не оставляют в моей душе никаких следов	
3	Большую часть времени у меня такое чувство, будто я сделал что-то не то или даже что-то плохое	
4	Я знаю, что мои прегрешения простить нельзя	
5	Я часто предаюсь грустным размышлениям	
6	Иногда какая-нибудь проблема овладевает всеми моими мыслями и несколько дней не дает мне покоя	
7	Меня часто преследуют ночные кошмары, и я потом долго не могу уснуть	
8	Я часто вижу такие сны о моем прошлом, о которых лучше никому не рассказывать	
9	Порой по ночам мне снится один и тот же кошмарный сон, и я просыпаюсь от страха, весь мокрый от пота	
10	У меня в памяти порой возникают внезапные неконтролируемые «вспышки» эпизодов пережитых психотравмирующих событий	
11	Бывает, что после внезапного пробуждения мне кажется, что я снова нахожусь «там» – в районе пожара (наводнения, ЧС и т.п.)	
12	Я иногда чувствую себя таким несчастным, что просто хочется плакать	
13	Некоторые вещи настолько меня волнуют, что мне даже говорить о них трудно	
14	У меня часто бывают приступы плохого настроения, когда абсолютно никого не хочется видеть	
15	Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.	
16	Мне тяжело вспоминать и рассказывать о том, что «там» происходило	
17	Я стараюсь избегать любых событий и ситуаций, которые напоминают мне о пережитом	
18	Когда я смотрю по телевизору хронику чрезвычайных ситуаций, к горлу порой подступает комок и на глаза наворачиваются слезы	
19	В последнее время я замечаю, что стал злоупотреблять спиртными напитками	
20	Алкогольные напитки я употребляю в умеренных количествах (или не употребляю вовсе)	

21	Порой я должен принять изрядное количество алкоголя, чтобы забыть прошлое и не испытывать чувство вины перед погибшими товарищами	
22	Мне трудно бывает сдерживать себя, когда окружающие начинают плохо говорить о пожарных и спасателях	
23	Мне тяжело смотреть фильмы на тему катастроф, пожаров и стихийных бедствий	
24	Мне легко общаться только с теми, кто сам прошел через ликвидацию последствий ЧС и тушение пожаров	
25	Мне приходится скрывать свои чувства, потому что окружающие меня не понимают	
26	Мне кажется, что с памятью у меня все в порядке	
27	Мне стало трудно сосредотачиваться на работе, чего не было раньше	
28	Порой, вспоминая свое прошлое, я мучительно не могу вспомнить многих эпизодов	
29	Любая умственная работа стоит мне большого напряжения.	
30	Бывает, что я целыми неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу	
31	Я довольно безразличен к тому, что со мной будет	
32	Меня волнует отсутствие перспектив моего будущего, ощущение «отсутствия завтрашнего дня».	
33	Я чувствую, что утратил всякий интерес к жизни	
34	Я во многом потерял интерес к тому, что меня занимало раньше (до направления в зону ЧС)	
35	Теперь мне уже трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни	
36	Временами я бываю совершенно уверен в своей никчемности	
37	Будущее кажется мне безнадежным	
38	На вечеринках я обычно сижу где-нибудь в сторонке	
39	Я люблю бывать там, где много людей, где шумно и весело	
40	Я мог бы быть счастлив, живя в полном одиночестве	
41	Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким	
42	Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился	
43	Обычно я безо всякого страха вхожу в комнату, где много других людей	
44	Я замечаю, что «завожусь» из-за любого пустяка	
45	Мои нервы так напряжены, что я вздрагиваю даже от малейшего шороха	
46	Я не переношу несправедливости, порой меня так и подмывает с кем-нибудь затеять	

	драку	
47	У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон	
48	Мне говорили, что я кричу во сне	
49	В последнее время из-за переживаний меня мучает бессонница	
50	Бывает, у меня появляется желание ломать и крушить все вокруг.	
51	Если надо мной подшучивают окружающие, я к этому отношусь легко.	
52	Окружающие часто говорят, что я стал очень вспыльчивым	
53	Меня довольно легко вывести из себя.	
54	Считаю, что сейчас я стал человеком нервным и легко возбудимым	
55	Я стал хуже понимать содержание прочитанного. По несколько раз вынужден перечитывать абзац	
56	В последнее время мне стало трудно производить в уме простые арифметические действия	
57	Никому не доверять - самое безопасное.	
58	У меня отсутствуют враги, которые по-настоящему хотели бы причинить мне зло	
59	Меня настораживают люди, которые относятся ко мне несколько дружелюбнее, чем я ожидал	
60	В последнее время меня беспокоят боли в сердце или в груди	
61	В различных частях тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение	
62	Когда я волнуюсь, то у меня возникает такое чувство, будто моя голова стянута обручем	
63	Я стал замечать, что у меня часто дрожат руки	
64	Иногда у меня бывает такое ощущение, будто все вокруг нереально	
65	У меня возникает тревога, когда я остаюсь один в маленьком закрытом помещении	
66	Мне страшно находиться одному на открытом со всех сторон месте.	
67	Обычно я спокоен, и меня нелегко вывести из душевного равновесия	
68	Я вздрагиваю от неожиданных звуков	
69	Я напрягаюсь, если кто-то стоит за моей спиной	
70	Я покрываюсь холодным потом всякий раз, когда попадаю в неожиданные ситуации	

Обработка результатов:

№	Ключ	Содержание вопроса
Группа категориальных симптомов В (по DSM-IV)		
В(1). Навязчивые, постоянно повторяющиеся переживания и воспоминания о пережитом		
1	Да	Меня волнуют прошлые поступки и ошибки
2	Нет	Я думаю, что даже самые драматические события уже через год не оставляют в моей душе никаких следов
3	Да	Большую часть времени у меня такое чувство, будто я сделал что-то не то или даже что-то плохое
4	Да	Я знаю, что мои прегрешения простить нельзя
5	Да	Я часто предаюсь грустным размышлениям
6	Да	Иногда какая-нибудь проблема овладевает всеми моими мыслями и несколько дней не дает мне покоя
В(2) Постоянно повторяющиеся сны и ночные кошмары		
7	Да	Меня часто преследуют ночные кошмары, и я потом долго не могу уснуть
8	Да	Я часто вижу такие сны о моем прошлом, о которых лучше никому не рассказывать
9	Да	Порой по ночам мне снится один и тот же кошмарный сон, и я просыпаюсь от страха, весь мокрый от пота
В(3) Внезапное, немотивированное внешними обстоятельствами восстановление в памяти отдельных фрагментов травмирующего события («флешбэк» - эффект)		
10	Да	У меня в памяти порой возникают внезапные неконтролируемые «вспышки» эпизодов пережитых психотравмирующих событий
11	Да	Бывает, что после внезапного пробуждения мне кажется, что я снова нахожусь «там» (в районе боевых действий, ЧС)
В(4). Выраженные вспышки негативных эмоциональных состояний, спровоцированных событиями, ассоциирующихся с обстоятельствами психотравмирующей ситуации (публикации в прессе, кинофильмы, даты и годовщины, отдельные предметы, напоминающие о прошлом и др.)		
12	Да	Я иногда чувствую себя таким несчастным, что просто хочется плакать
13	Да	Некоторые вещи настолько меня волнуют, что мне даже говорить о них трудно
14	Да	У меня часто бывают приступы плохого настроения, когда абсолютно никого не хочется видеть
15	Да	Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.
16	Да	Мне тяжело вспоминать и рассказывать о том, что «там» происходило
17	Да	Я стараюсь избегать любых событий и ситуаций, которые напоминают мне о пережитом
18	Да	Когда я смотрю по телевизору хронику боевых действий, ЧС, к горлу порой подступает комок и на глаза наворачиваются слезы
Группа категориальных симптомов С		
С(1) Стремление избегать чувств, ассоциирующихся с травмой		
19	Да	В последнее время я замечаю, что стал злоупотреблять спиртными напитками
20	Нет	Алкогольные напитки я употребляю в умеренных количествах (или не употребляю вовсе)
21	Да	Порой я должен принять изрядное количество алкоголя, чтобы забыть прошлое и не испытывать чувство вины перед погибшими товарищами
С(2) Стремление избегать провоцирующих ситуаций		
22	Да	Мне трудно бывает сдерживать себя, когда окружающие начинают плохо говорить о ветеранах боевых действий, спасателях

23	Да	Мне тяжело смотреть фильмы на тему войн, пожаров, катастроф или стихийных бедствий
24	Да	Мне легко бывает общаться только с теми, кто сам прошел через ликвидацию последствий ЧС, тушение пожаров или «горячие точки»
25	Да	Мне приходится скрывать свои чувства, потому что окружающие меня не понимают
С(3) Неспособность воспроизвести травмирующую ситуацию		
26	Нет	Мне кажется, что с памятью у меня все в порядке
27	Да	Мне стало трудно сосредотачиваться на работе, чего не было раньше
28	Да	Порой, вспоминая свое боевое прошлое, я мучительно не могу вспомнить многих эпизодов
29	Да	Любая умственная работа стоит мне большого напряжения
С(4) - С(7) Потеря интереса к активной деятельности (С4). Отсутствие перспективы будущего (С7)		
30	Да	Бывает, что я целыми неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу
31	Да	Я довольно безразличен к тому, что со мной будет
32	Да	Меня волнует отсутствие перспективы будущего, ощущение «отсутствия завтрашнего дня».
33	Да	Я чувствую, что утратил всякий интерес к жизни
34	Да	Я во многом потерял интерес к тому, что меня занимало раньше (до направления в зону ЧС или «горячие точки»)
35	Да	Теперь мне уже трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни
36	Да	Временами я бываю совершенно уверен в своей никчемности
37	Да	Будущее кажется мне безнадежным
С(5) Чувство отчужденности		
38	Да	На вечеринках я обычно сижу где-нибудь в сторонке
39	Нет	Я люблю бывать там, где много людей, где шумно и весело
40	Да	Я мог бы быть счастлив, живя в полном одиночестве
41	Да	Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким
42	Да	Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился
43	Нет	Обычно я безо всякого страха захожу в комнату, где много других людей
С(6) Сниженный уровень аффективных реакций		
44	Да	Я замечаю, что «завожусь» из-за любого пустяка
45	Да	Мои нервы так напряжены, что я вздрагиваю даже от малейшего шороха
46	Да	Я не переношу несправедливости, порой меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку
Группа категориальных симптомов D		
D(1) Нарушения сна		
47	Да	У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон
48	Да	Мне говорили, что я кричу во сне
49	Да	В последнее время из-за переживаний меня мучает бессонница
D(2) Повышенная раздражительность, вспышки гнева		
50	Да	Бывает, у меня появляется желание ломать и крушить все вокруг.
51	Нет	Если надо мной подшучивают окружающие, я к этому отношусь легко.
52	Да	Окружающие часто говорят, что я стал очень вспыльчивым
53	Да	Меня довольно легко вывести из себя.
54	Да	Считаю, что сейчас я стал человеком нервным и легко возбудимым
D (3) Затруднения концентрации внимания		

55	Да	Я стал хуже понимать содержание прочитанного. По несколько раз вынужден перечитывать абзац
56	Да	В последнее время мне стало трудно производить в уме простые арифметические действия
D (4) Гипертрофированная бдительность		
57	Да	Никому не доверять – самое безопасное.
58	Нет	У меня отсутствуют враги, которые по-настоящему хотели бы причинить мне какое-нибудь зло
59	Да	Меня настораживают люди, которые относятся ко мне несколько дружелюбнее, чем я ожидал
D (5) Гипертрофированный уровень физиологической реактивности, которые по ассоциации напоминают обстоятельства травмы		
60	Да	В последнее время меня беспокоят боли в сердце или в груди
61	Да	В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение
62	Да	Когда я волнуюсь, то у меня возникает такое чувство, будто моя голова стянута обручем
63	Да	Я стал замечать, что у меня часто дрожат руки
64	Да	Иногда у меня бывает такое ощущение, будто все вокруг нереально
65	Да	У меня возникает тревога, когда я остаюсь один в маленьком закрытом помещении
66	Да	Мне страшно находиться одному на открытом со всех сторон месте
D (6) Гипертрофированная стартовая реакция на раздражитель (повышенный уровень первичных ориентировочных реакций на внезапные раздражители)		
67	Нет	Обычно я спокоен, и меня нелегко вывести из душевного равновесия
68	Да	Я каждый раз вздрагиваю от неожиданных звуков
69	Да	Я напрягаюсь, если кто-то стоит за моей спиной
70	Да	Я покрываюсь холодным потом всякий раз, когда попадаю в неожиданные ситуации

Перевод в стеновую шкалу «сырых» значений результатов методики и их интерпретация:

10-балльная шкала нормального распределения (стеновая шкала)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45 \geq	35-44	26-30	21-25	14-20	11-13	7-10	5-6	3-4	2 \leq
Группы психической адаптации									
Социально-психологическая дезадаптация	Социально-психологическая дезадаптация	Сниженная социально-психологическая адаптация	Хорошая социально-психологическая адаптация						
Ярко выраженные признаки ПТСР	Признаки ПТСР умеренно выражены	Наличие отдельных признаков дезадаптационных расстройств	Признаки дезадаптации отсутствуют						
Требуется лечение	Требуется психокоррекция	Рекомендуется психокоррекция	Психокоррекция не требуется						

Исследование тонуса вегетативной нервной системы

Симптомы и показатели	Симпатическая реакция	Парасимпатическая реакция	Оценка в баллах
Глаза			
Блеск	Усилен	Нормальный, тусклый	2,4
Зрачки	Расширены	Нормальные, сужены	3,4
Глазные щели	Расширены	Нормальные, сужены	1,9
Экзофтальм	Характерен	Отсутствует	2,4
Слезотечение	Нормальное	Увеличено	1,2
Итого			11,3
Кожа			
Цвет	Бледный	Склонность к покраснению	2,4
Сосудистый рисунок	Не выражен	Усилен, цианоз конечностей, акроцианоз	2,4
Сальность	Нормальная	Повышена	1,8
Сухость	Повышена	Нормальная	1,8
Потоотделение	Уменьшено или увеличено выделение вязкого пота	Повышено выделение жидкого пота	3,1
Дермографизм	Розовый, белый	Интенсивно красный, возвышающийся	3,1
Температура кожи тела	Снижена	Повышена	2,9
Температура кистей рук	Холодные	Теплые	2,6
Субъективные ощущения	Онемение в конечностях, парестезии в конечностях по утрам	Кисти рук, стопы влажные, внезапные приливы жара, краснота	1,7
Пигментация	Усилена	Снижена	1,5
Итого			23,3
Терморегуляция			
Температура тела	Повышена	Снижена	3,9
Ознобоподобный гиперкинез	Характерен	Отсутствует	4,1
Ощущение зябкости	Отсутствует	Повышено	2,9
Переносимость холода	Удовлетворительная	Плохая	3,1
Переносимость тепла	Непереносимость жары, душных помещений	Удовлетворительная, повышена чувствительность к сухому нагретому воздуху	2,9
Температура тела при инфекциях	Лихорадочное течение инфекций	Относительно низкая	2,9
Итого			19,8
Масса тела			
Изменена	Склонность к похудению	Ожирение, склонность к прибавке массы	3,2
Жажда			
Изменена	Повышена	Понижена	1,8
Аппетит			
Изменен	Повышен, но худой	Понижен	1,9

Сердечно-сосудистая система			
Пульс	Тахикардия	Брадикардия	4,1
АД систолическое	Повышено	Понижено или нормальное	4,9
АД диастолическое	Повышено	Понижено или нормальное	4,3
Субъективные жалобы	Сердцебиение, чувство давления, колющие и сжимающие боли в области сердца	Чувство «стеснения» в области сердца, иногда аритмия, ночью в положении лежа	2,6
Итого			15,9
Вестибулярные проявления			
Головокружение	Нехарактерно	Часто	3,0
Дыхательная система			
Частота дыхания	Нормальное или учащенное	Медленное, глубокое	3,5
Субъективные жалобы	—	Ощущение давления, стеснения в груди, приступы удушья с затрудненным вдохом	2,3
Итого			8,8
Желудочно-кишечный тракт			
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено	2,6
Состав слюны	Густая	Жидкая	2,4
Моторика кишечника	Атонические запоры, слабая перистальтика	Повышенное газообразование, дискинезия, спастические запоры, поносы	3,8
Тошнота	—	Характерна	3,2
Субъективные жалобы	—	Тошнота, схватывающие боли в верхней части живота, понос или запор	3,1
Итого...			15,1
Изменение водно-солевого обмена			
Задержка жидкости	Отсутствует	Склонность к отекам	3,0
Характерологические особенности			
Особенности	Нетерпеливость, активность, вспыльчивость, стремление к доминированию, чувствительность к боли, импульсивность	Угнетенность, апатия, эмоциональная «холодность», большое число неврастенических, ипохондрических жалоб	2,4
Работоспособность			
Физическая активность	Повышена	Снижена	2,5
Психическая активность	Рассеянность, затруднения в сосредоточении и концентрации внимания, активность выше вечером	Хорошая сосредоточенность внимания, но бедность идей, наибольшая активность до обеда или длительная, но в замедленном темпе	2,0
Сон			
Особенности	Позднее засыпание и раннее пробуждение, сон короткий, беспокойный, много сновидений.	Глубокий, продолжительный сон, замедленный переход к активному бодрствованию по утрам	2,7

	Нарушение сна, чаще инсомния	Повышенная сонливость	3,0
Аллергические реакции			
Клинические проявления	Редко	Часто	3,1
Всего			119,8

Обработка результатов:

1. Подсчитывается сумма баллов отдельно симпатических и парасимпатических симптомов.

2. Производится расчет вероятности процентного преобладания симпатических (или парасимпатических) показателей по всем указанным в таблице симптомам – общий вегетативный тонус, а также в каждой из функциональных систем (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечного тракта и др.) по формулам:

если $N_c/119,8 \geq 0,5$, то: $P_c = 100 \%$, $P_{\Pi} = 0 \%$;

если $N_{\Pi}/119,8 \geq 0,5$, то: $P_{\Pi} = 100 \%$, $P_c = 0 \%$;

если $N_c/119,8 < 0,5$; $N_{\Pi}/119,8 < 0,5$, то:

$$P_{\Pi} = (0,5 - N_c/119,8) / 1 - ((N_c + N_{\Pi}) / 119,8) 100 \%$$

$$P_c = 100 \% - P_{\Pi}$$

N_c – сумма баллов симпатических симптомов;

N_{Π} – сумма баллов парасимпатических симптомов;

P_c – вероятность преобладания симпатических проявлений;

P_{Π} – вероятность преобладания парасимпатических проявлений.

**Анонимная анкета для выявления субъективного мнения участников
об эффективности психокоррекционной программы**

Как Вы оцениваете тренинг по следующим критериям?	Обведите кружочком оценку от 1 (очень плохо) до 5 (отлично)				
Получение новой информации	1	2	3	4	5
Благоприятная психологическая атмосфера (сплоченность коллектива, дружеская обстановка, поддержка, веселье, интерес)	1	2	3	4	5
Развитие доверия, искренности, «чувства локтя»	1	2	3	4	5
Осмысление своего внутреннего состояния, черт характера, целей и проблем	1	2	3	4	5
Осмысление способов решения проблем	1	2	3	4	5
Получение оценки своего характера в глазах окружающих	1	2	3	4	5
Возможность глубже посмотреть внутрь себя и сделать выводы (познание себя)	1	2	3	4	5
Понимание того, что личная травма требует проработки и коррекции	1	2	3	4	5
Возможность группового взаимодействия в сочетании с индивидуальным подходом	1	2	3	4	5
Помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом	1	2	3	4	5
Разделение с другими и коррекция эмоциональных переживаний	1	2	3	4	5
Коррекция отношений к другим людям и самому себе	1	2	3	4	5
Обучение навыкам изменения эмоционального состояния	1	2	3	4	5
Получение навыков саморегуляции настроения	1	2	3	4	5
Применение полученных навыков в повседневной жизни	1	2	3	4	5
Кратковременность программы	1	2	3	4	5
Обязательность посещения	1	2	3	4	5
Начало занятий после обеда	1	2	3	4	5
Другое... (оставьте свой отзыв)	1	2	3	4	5