

Ю.Ю. Стрельникова

Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни

Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены результаты исследований психологических и соматических последствий боевого стресса у 108 сотрудников органов внутренних дел в раннем и отдаленном периоде возвращения к мирной жизни. Через год после участия в боевых действиях у 29,6% обследованных выявлено конструктивное эмоционально-поведенческое реагирование, отсутствие посттравматических нарушений и соматических расстройств. Они активны, оптимистичны, решительны, мужественны, проявляют рациональное и практичное поведение, способность к нестандартному решению задач, имеет хорошую интуицию и быструю реакцию, умеют работать в команде и успешно выполнять боевые задачи. Их адаптационные ресурсы оптимально мобилизованы и расходуются точно по необходимости. Спустя два года у 51,8% комбатантов установлен защитно-адаптивный тип личностных изменений, активное эмоционально-поведенческое реагирование, отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства донозологического уровня, увеличенная, по сравнению с первым годом, заболеваемость. Для них характерны эмоциональная лабильность, импульсивность, конфликтность, психическая напряженность, тревожность, низкий волевой контроль эмоций и поведения. Адаптация достигается мобилизацией ресурсов организма, актуализацией психологических и биологических защитных механизмов. Через 4 года после воздействия боевых стресс-факторов у 19,4% сотрудников появляется пассивное стрессовое реагирование, негативные непатологические изменения личности, повышенный уровень симптомов посттравматического стрессового расстройства, частая и длительная утрата трудоспособности. Им свойственны состояния психического утомления и тревожности, пессимистичность, замкнутость, недоверчивость к людям, ригидность, низкая самооценка и стрессоустойчивость, социальная пассивность и зависимость от окружения. Данным сотрудникам показано лечение соматической патологии, релаксационные процедуры, семейная и индивидуальная психотерапия.

Ключевые слова: комбатант, боевые действия, личность, стресс, адаптация, импульсивность, пессимизм, тревожность, посттравматическое стрессовое расстройство, заболеваемость.

Введение. Зарубежные и отечественные исследователи [2, 6, 16, 17, 24, 26, 27, 30 и др.] подразделяют факторы боевого стресса на: 1) профессиональные; 2) ситуационно-психогенные (физические и социально-психологические); 3) личностные (физиологические и индивидуально-психологические). Объективная опасность, интенсивность, длительность, сложность и контролируемость ситуации, и ее субъективное воплощение, зависящее от психофизиологических особенностей комбатанта (гармоничности, сбалансированности когнитивных и структурно-характерологических свойств, вегетативного и нейрохимического обеспечения адаптационных механизмов личности, и др.), затрагивают биологический (вегето-висцеральный), психологический и социальный уровни организма, приводя к психологическим, психопатологическим, патопсихологическим и соматическим последствиям.

Согласно концепции В.Н. Мясищева [18], сущностью личности является отношение к действительности, а ее системообразующими свойствами – структура (функциональный профиль) и способность адаптироваться к окружающей среде («адаптабель-

ность системы отношений»), которые основываются на свойствах целостности, активности, сознательности, избирательности и включают эмоциональный, мотивационно-поведенческий и когнитивный компоненты личности. Поэтому индивидуальные стратегии адаптации обуславливаются не только исходным уровнем соматического здоровья, преморбидными личностными особенностями, генетически детерминированными адаптационными ресурсами и приобретенными копинг-программами, но и восприятием личностью боевой обстановки (как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей), при этом изменяется роль и соотношение физиологических и психологических механизмов адаптации, выраженность, тяжесть и направленность психосоматических последствий.

Л.А. Китаев-Смык [8], базирясь на концепции стресса Г. Селье, выделяет четыре адаптационных субсиндрома, взаимодействие и взаимовлияние которых составляет системный механизм адаптации личности, и отражает единство его биологических и социальных компонентов. В предельно переносимых экстремальных условиях первым проявляется

эмоционально-поведенческий субсиндром, затем субсиндром превентивно-защитной вегетативной активности, позднее – когнитивный и социально-психологический субсиндромы. В ходе многочисленных экспериментов он установил, что при кратковременном стрессе или в начале действия продолжительного (стрессовом кризисе 1-го ранга, в «аларм-стадии» общего адаптационного синдрома), за счет срочно мобилизованных адаптационных резервов организма возникает либо активное (конструктивное или неадекватное), либо пассивное («пассивный испуг») эмоционально-поведенческое реагирование. При многократных воздействиях стрессора или при его чрезмерной длительности мобилизуются глубокие адаптационные ресурсы, перестраивается функциональная система, на смену специализированной двигательной защите приходит доминирование вегетативного субсиндрома (стрессовый кризис 2-го ранга). Дискредитация программ активного реагирования практически у всех людей сменяется вторичным пассивным реагированием («пассивное бессилие»), способствуя возникновению «болезней стресса» (кризис 3-го ранга) [9].

По мнению Ф.Б. Березина [3], адаптация организма осуществляется на трех уровнях, обеспечивая адекватную организацию микросоциального взаимодействия (социально-психологический уровень), поддержание психического здоровья (психологический уровень) и сохранение соматического здоровья (психофизиологический уровень). В концепции Ю.А. Александровского [1] о барьере психической адаптации данный феномен исследуется с позиций системно-структурного анализа, как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность которой обеспечивается взаимодействием этих подсистем, обеспечивая новые интегративные качества, отражающие психологический адаптационный потенциал личности. При этом на донозологическом этапе биологические и социально-психологические нарушения психической адаптации взаимно компенсируются. При истощении резервных возможностей организма нарушается адаптационный барьер и взаимокompенсация функций, а система психической адаптации начинает функционировать ослабленно и асинхронно. Ф.Б. Березин [3] отмечает, что нарушения психической адаптации могут проявляться: 1) в форме пограничных психопатологических нарушений (функциональных расстройств, неврозов), основой которых являются интрапсихические конфликты; 2) в неадекватном поведении, зависящим от особенностей и отклонений в развитии личности (психопатические реакции и/или состояния); 3) в психосоматических расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья). На начальных этапах дезадаптации субклинические проявления занимают промежуточное положение между практическим здоровьем (непатологической адаптацией), состоянием предболезни и нозологи-

чески оформившейся нервно-психической и психосоматической патологией [21].

Таким образом, адаптация личности к экстремальным условиям боевой обстановки и последующая реадaptация к мирной жизни является сложным, динамичным в функциональном отношении биопсихосоциальным процессом. При этом боевой стресс и вызванные им последствия «наслаиваются» на длительную перманентную психотравматизацию повседневными факторами (профессиональными, межличностными, семейными, социальными и др.), усложняя структуру адаптационного реагирования и посттравматических личностных изменений уже в мирных условиях существования. По данным М. Perrez, М. Reicherts [31], критические и хронические макрострессоры проявляются на уровне обыденных стрессов, способствуя их умножению. Длительное, повторяющееся стрессовое напряжение или дискретные стрессоры (хронический стресс) ведут к неадекватным эмоциям, неправильной оценке ситуации и дисфункциональным адаптивным реакциям [10].

Очевидно, что перестройка психологических, нейрогуморальных и физиологических процессов, направленная на долгосрочное приспособление к экстремальным условиям боевой обстановки, а затем повторная адаптация к условиям мирной жизни, затрагивает не только эмоционально-аффективный уровень психики, но и онтогенетически более поздний – когнитивный уровень, систему мировоззренческих установок, мотиваций, межличностные отношения, т.е. структуру личности. Большинство исследователей [2, 5, 11, 14, 16, 20, 22, 26, 28, 30 и др.] сосредотачиваются на изучении негативных психолого-психиатрических последствий влияния боевого стресса на участников вооруженных конфликтов, с тем, чтобы предложить адекватные способы их коррекции. Однако в 50–60% случаев донозологические нарушения ввиду их нерезко выраженного характера остаются вне поля зрения специалистов. В литературе также нет однозначного ответа на вопрос, на каком этапе периода реадaptации к мирной жизни происходит стабилизация модифицированных структурно-характерологических свойств. Например, Е.В. Снедков [22] считает, что этап патохарактерологических изменений, в среднем, начинается через два 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 степени выраженности симптомов ПТСР акцент смещается в сторону характерологических, эмоционально-волевых и поведенческих расстройств. Напротив, Е.О. Александров [2] утверждает, что психопатологические изменения личности начинаются с самого начала развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), скрываясь за его симптомами, а после редукции последних закрепляются и выходят на первый план.

Имеется также большое число статистических данных, подтверждающих, что на этапе личностных изменений происходит усугубление и хронизация соматических расстройств. На 25–30% возрастает число заболеваний сердечно-сосудистой системы, на 20–25% – желудочно-кишечного тракта, на 15–20% – периферической нервной системы, на 10–15% – онкологической патологии, на 40–45% – алкоголизма и наркоманий, а также в два раза увеличивается число психических расстройств [13]. Среди сотрудников органов внутренних дел (ОВД) 32% составляют заболевания сердечно-сосудистой системы [4] и 27% – желудочно-кишечного тракта [15]. Однако Н.М. Степанова [25] указывает на позитивный факт сохранения прежней категории пригодности к службе у 53,3% из 514 сотрудников ОВД после спецкомандировки в Чеченскую Республику (по результатам обследования в Центре психологической диагностики Главного управления внутренних дел Санкт-Петербурга и Ленинградской области).

Цель исследования. Выделить сдвиги в соматическом здоровье участников боевых действий и описать типы стрессовых реакций и изменений личности в различные сроки возвращения к обычной мирной жизни.

Материалы и методы. Обследовано 108 сотрудников ОВД – участников контртеррористической операции на территории Чеченской Республики. Средний возраст обследованных – 29,5±6,4 лет, число командировок – 1,4±0,6, длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта – 143,9±78,5 суток.

Для изучения психологических последствий использовали методику стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ) [23]; 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16 ФЛО, форма С) [7]; модифицированную методику М. Люшера «Попарные сравнения» [29], опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева [12]. Особенности соматических изменений изучали путем опроса испытуемых о состоянии здоровья до и после участия в боевых действиях, а также с помощью анализа статистических данных по листам нетрудоспособности в отделе кадров подразделения. Учитывались показатели общей заболеваемости (без уточнения нозологических форм патологии): количество случаев заболевания и длительность нетрудоспособности в течение календарного года.

Математический анализ проводили с помощью иерархического кластерного анализа (статистический пакет SPSS Statistics 17.0). Во всех случаях подсчитывали квадраты евклидовых расстояний, но использовали различные методы объединения – Варда, «дальнего соседа», средней и межгрупповой связи. Полученные группы сравнивали и набор переменных, включенных в один и тот же кластер при разных способах установления связи, рассматривали как «ядро» кластерной структуры. Количество выделенных кластеров определяли по критерию «значимого скачка

коэффициента слияния». Устойчивость полученных групп проверялась монотонными преобразованиями [19].

Результаты и их обсуждение. Кластерный анализ позволил выделить три группы сотрудников ОВД, различающихся по типам эмоционально-поведенческого стрессового реагирования, психическому состоянию, соматическим и психологическим последствиям участия в боевых действиях.

В первую группу (конструктивно-адаптивный тип) вошли 32 (29,6%) сотрудника ОВД, в возрасте 26,6±6,6 лет; длительность нахождения в зоне вооруженного конфликта составила 167±77 суток; период реадaptации к мирной жизни – 338±36 суток; время, прошедшее с момента получения первого боевого опыта («период последствий») – 479±63 суток. У них установлена минимальная, по сравнению с другими кластерами, частота (1,4±0,9 случаев/год) и длительность (10,8±6,3 сут/год) заболеваемости, что указывает на успешную адаптацию к жизненно опасным ситуациям, не затрагивающую соматический уровень (табл.).

Для сотрудников ОВД, вошедших в первую группу, характерен незначительный уровень нервно-психической напряженности (СО=12,3±6,0 ед.), оптимальная мобилизованность физических и психических сил (ВК=1,0±0,6 ед.), а также стенические свойства личности (код профиля СМЛ 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 (при наличии высокого интеллекта) 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 (см. табл.). На рисунке 1 представлены три кластера профилей личности (по СМЛ) сотрудников ОВД, участвовавших в контртеррористических операциях.

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 А⁺, С⁺, Е⁺, F⁺, Н⁺ 16 ФЛО). Они прямолинейны, рациональны, прагматичны, невозмутимы, адекватно воспринимают действительность,

Типы психологических и соматических последствий участия в боевых действиях у сотрудников ОВД в ближайшем и отдаленном периодах, $M \pm \sigma$

Признак	Типы последствий		
	позитивные (конструктивно- адаптивные)	защитно-адаптивные	негативные (пограничные, предпатологические)
Возраст, лет	26,6±6,6	29,6±6,8	33,8±6,7
Длительность командировок, сут	167±77	154±64	159±69
Период реадaptации к мирной жизни, сут	338±36	679±27	1430±78
«Период последствий», сут	479±63	830±66	1584±54
Количество случаев заболевания за год	1,4±0,9	2,0±1,3	2,5±1,7
Длительность заболевания, сут/год	10,8±6,3	23,2±20,1	32,1±27,3
Средняя длительность 1 случая, сут	7,7±4,5	13,2±15,6	16,8±14,5
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	52,8±5,2
K (коррекция)	61,8±3,2	58,6±4,8	60,6±3,4
1-я (сверхконтроль)	47,2±5,1	52,1±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	51,8±7,7	46,1±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)	46,1±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 (адекватная – неадекватная самооценка)	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. нестабильность – 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 – пронительность)	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
Q1 (консерватизм – радикализм)	3,4±1,7	4,1±1,5	2,4±1,1
Q2 (конформизм – неконформизм)	3,9±1,7	4,3±1,6	4,4±0,5
Q3 (низкий – высокий самоконтроль)	3,8±1,8	3,6±1,8	2,8±2,2
Q4 (расслабленность – напряженность)	3,7±1,4	3,7±1,4	4,3±1,5
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	50,0±11,4	48,5±7,9	45,8±8,1
Ag (агрессия)	46,8±9,1	51,6±6,4	57,7±9,2
Di (диссимуляция)	51,4±10,5	47,5±8,2	42,0±6,2
A (психотравма)	45,2±11,3	49,0±6,9	52,5±8,7
B («вторжения»)	43,2±5,5	52,1±7,3	66,9±5,2
C («избегания»)	47,2±7,9	55,2±5,8	63,5±6,9
D («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 (диссоциация)	44,4±6,3	53,5±5,6	57,9±9,5
c («вторжения»)	43,3±6,0	51,9±7,9	66,5±4,8
d («избегания»)	46,2±9,5	55,2±8,8	58,8±12,9
e («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

Примечание: ОСР – острое стрессовое расстройство.

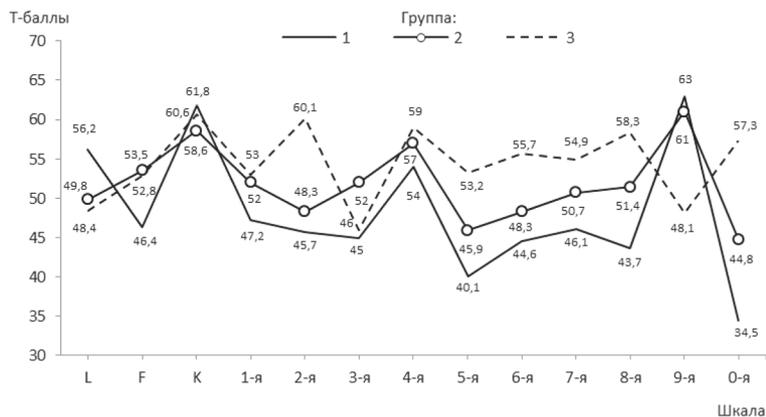


Рис. 1. Профили СМИЛ сотрудников ОВД после командировки в район вооруженного конфликта

умеют справляться с трудностями, однако временами проявляют импульсивность в суждениях и деятельности (факторы I⁻, M⁻, N⁻, O⁻, Q₃⁻, Q₄⁻ 16 ФЛО). В экстремальной обстановке способны оперативно и нестандартно мыслить, при этом обладают конкретным воображением, критичны и консервативны в принятии нового, ориентированы на практическую деятельность (факторы V⁺, M⁻, Q₁⁻ 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⁺, Q₂⁻ 16 ФЛО).

Вторая группа (защитно-адаптивный тип) включает 56 комбатантов (51,8%), средний возраст которых составляет 29,6±6,8 лет; длительность спецкомандировки – 154±64 суток; период реадaptации к мирной жизни – около 2 лет (679±27 суток), «период последствий» – 2,5 года (830±66 суток). Групповой профиль СМИЛ (код по Уэлшу): 9–413872/650:KF/L: (см. рис. 1) 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 когнитивной сфере в виде интеллектуальной переработки тревожных опасений с уходом в мир фантазий (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 пятёрка» 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±1,3 случаев/год) и длительность временной нетрудоспособности (23,2±20,1 сут/год), незначительно выраженные симптомы ПТСР: «избегания» (55,2±5,8 T), физиологической гиперактивации (53,7±9,5 T), на фоне среднего уровня психического напряжения (CO=16,2±6,1 ед.) и умеренного симпатического возбуждения (BK=1,2±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 («стрессовая истероидность»). Ориентация на социальные нормы блокирует поведенческий паттерн реагирования эмоций, способствуя перенапряжению компенсаторных механизмов, а трансформация невротической тревоги в функциональные соматические расстройства в отдельных случаях может служить способом ухода от социальной ответственности. Поскольку после участия в боевых действиях прошло около 2 лет и острые эмоционально-стрессовые

реакции должны были редуцироваться, вероятно, состояние невротизации и эмоциональной лабильности вызвано как личностной predisпозицией, так и защитными адаптационными реакциями в связи с отсутствием своевременно проведенных адекватных реабилитационных мероприятий.

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 А⁺, С⁻, Е⁺, F⁺, Н⁺, Q₃-16 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 С⁻, О⁻, N⁻, Q₃-16 ФЛО). Консервативность, низкая обучаемость опытом и неумение актуализировать свои знания, неорганизованность и самоуверенность снижают эффективность деятельности, однако практичность, конформность, способность проявлять активность, подчиняться приказам руководства (1-я, 4-я, 9-я шкалы СМИЛ, факторы В⁻, G⁻, I⁻, L⁻, M⁻, N⁻, Q₁⁻, Q₂⁻, Q₄⁻ 16 ФЛО), позволяет им справляться со своими профессиональными обязанностями.

В третью группу (негативных предпатологических последствий) вошли 19,4% сотрудников ОВД (21 человек) в возрасте 33,8±6,7 лет, длительность участия в контртеррористической операции составила 167±77 суток, период реадaptации к мирной жизни – 3,9 года (1430±78 суток), «период последствий» – около 4,5 лет (см. табл.). Групповой профиль СМИЛ (код 2-4806751/93K-F/L) отражает внутренне противоречивый, конфликтный тип реагирования, в котором сочетаются противоположные черты – активность, импульсивность (4-я), инертность и истощаемость (2-я). Данные лица характеризуются сочетанием возбуждения и тормозных реакций, стеничности с пассивностью и неуверенностью в себе, индивидуальности с конформностью, доминантности со склонностью к субдепрессивному аффекту и психастеническими чертами: тревожностью, фрустрированностью, мнительностью, утомляемостью, низкой стрессоустойчивостью (повышение 2-й, 4-й, 7-й, 8-й, 0-й шкал СМИЛ, факторы С⁻, О⁺, Q₃-16 ФЛО). В данном 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 алкогольной и наркотической зависимости. Сотрудники ОВД, вошедшие в данную группу часто (2,5±1,7 случаев/год) и длительно болеют (32,1±27,3 сут/год), имеют повышенный уровень непродуктивной напряженности (СО=22,0±4,2 ед.) и выраженную потребность в отдыхе

(ВК=0,5±0,2 ед.). Потенциал их целенаправленной активности невысок, волевой самоконтроль регулярно истощается в связи с отсутствием удовлетворенности от процесса и результатов деятельности, пессимистической 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 вероятно 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 СМИЛ), интровертированностью, замкнутостью (0-я шкала СМИЛ, фактор А⁻ 16 ФЛО) и импульсивностью (4-я шкала СМИЛ, факторы С⁻, Q₃-16 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) изменения личности, возникшие на фоне индивидуальной predisпозиции и заострившиеся с возрастом, ввиду отсутствия своевременной медико-психологической реабилитации после участия в боевых действиях. Об этом свидетельствуют длительно сохраняющиеся на донозологическом уровне отдельные симптомы ПТСР (64,3±4,9 Т): «вторжения» (66,9±5,2 Т), «избегания» (63,5±6,9 Т), «гиперактивации» (61,8±7,5 Т); дистресса (60,6±8,1 Т), и депрессии (58,4±8,2 Т), на фоне невольной аггравации (подчеркивание плохого самочувствия с целью привлечь внимание к своим проблемам). На рисунке 2 изображены профили по опроснику травматического стресса в трех группах сотрудников ОВД.

Внешне поведение таких сотрудников может расцениваться как не отклоняющееся от нормы, однако внутренняя дисгармония и напряженность нарушают качество жизни. Это проявляется во вторгающихся негативных воспоминаниях, расстройствах сна, раздражительности, трудностях концентрации внимания, запоминания и припоминания, ощущением себя несчастным, проявлением мотивации избегания неудач, усиливая и без того сниженное настроение. 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,

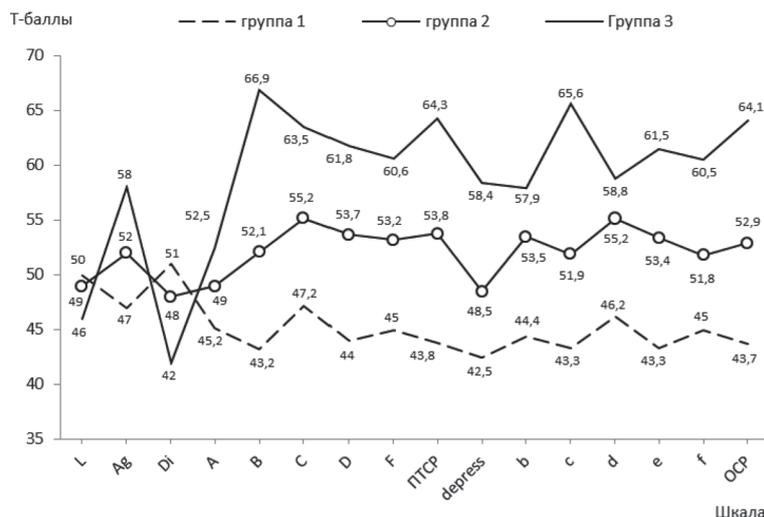


Рис. 2. Профили ОТС сотрудников ОВД после участия в боевых действиях

с другой – об усилении ригидности, подавленной раздражительности и обиде, которые могут проявиться агрессивной, направленной вовне реакцией (механизм проекции). Существование данных психологических защит подтверждает вероятность 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 А-, F-, Н-, Q4- 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±7,1 Т), 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-, Q2- 16 ФЛО). Им также свойственны конкретность и невысокая оперативность мышления, сниженные интеллектуальные интересы, реалистичность, прагматичность, житейская изворотливость, упрямство (факторы В-, Е+, Г-, М-, N+, Q1- 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-, Q2- 16 ФЛО).

Заключение. Участие в боевых действиях (длительностью около полугода) влияет на психическое и физическое здоровье сотрудников ОВД как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, проявляясь в виде различных типов стрессового реагирования и адаптационных изменений личности (конструктивно-адаптивных, защитно-адаптивных, негативных предпсихологических).

Для 29,6% сотрудников ОВД из числа обследованных комбатантов через 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 реадаптация 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 51,8% комбатантов выявлен защитно-адаптивный тип личностных изменений, активное эмоционально-поведенческое реагирование, которое через 2 года после участия в боевых действиях приняло гиперкомпенсаторный характер в ситуации длительного повседневного стресса. Для них характерны эмоциональная лабильность, импульсивность, конфликтность, низкий волевой контроль эмоций и поведения, симптомы физиологической гиперактивации ПТСР (доклинического уровня). Эмоциональный дискомфорт, психическая напряженность, связанные с вытесненной тревогой, подавленной враждебностью и противоречивым типом реагирования, привели к актуализации защитных механизмов: 1) психологических (отрицания, вытеснения, невротического контроля, интеллектуальной

трансформации тревоги с уходом в воображаемую реальность, симптомов «избегания» ПТСР (донозологического уровня); 2) 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 и длительности 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 данным сотрудникам показаны психокоррекционные мероприятия, индивидуальная и семейная психотерапия, совместно с психофизиологической регуляцией состояния и лечением соматической патологии.

Для 19,4% сотрудников 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 и длительная 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) изменениям личности, 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. Данным 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.).

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Александров, Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и лечение / Е.О. Александров. – Новосибирск: Сибвузиздат, 2001. – 160 с.
3. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 260 с.
4. Васильев, А.Ю. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости сотрудников ОВД с болезнями системы кровообращения / А.Ю. Васильев [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 3 – С. 49–51.
5. Зеленова, М.Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане / М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная [и др.] // Психологический журнал. – 1997. – Т. 14, № 2. – С. 34–49.
6. Кадыров, Р.В. Влияние боевых действий на личностные особенности профессиональных военнослужащих (на примере офицеров морской пехоты): дис. ... канд. психол. наук / Р.В. Кадыров. – Москва, 2005. – 159 с.
7. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.
8. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 368 с.
9. Китаев-Смык, Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Смысл, 2012. – 464 с.
10. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна; пер. с нем. – СПб.: Питер, 2012. – 944 с.
11. 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.
12. Котенев, И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел:

- методическое пособие для практических психологов / И.О. Котенев. – М., 1997. – 40 с.
13. Коханов, В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
 14. Крашенинникова, Е.А. Постбоевая психологическая помощь участникам боевых действий в «горячих точках» (на материалах республики Башкортостан): дисс. ... канд. психол. наук / Е.А. Крашенинникова. – Тверь, 2001. – 116 с.
 15. 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.
 16. Куксова, Н.А. Психологическая коррекция постреактивной личностной изменчивости у военнослужащих после сочетанной боевой травмы: дисс. ... канд. психол. наук / Н.А. Куксова. – Ставрополь, 2003. – 178 с.
 17. Маклаков, А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 2. – С. 15–26.
 18. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: ЛГУ, 1960. – 428 с.
 19. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие / А.Д. Наследов. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
 20. Пажильцев, И.В. Психологические особенности личности сотрудников спецподразделений МВД России – участников контртеррористической операции на Северном Кавказе и их психотерапевтическая коррекция: автореф. дис. ... канд. психол. наук, СПб.: ВЦЭРМ, 2007. – 20 с.
 21. Психодиагностика и психокоррекция / под. ред. А.А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.
 22. Снедков, Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Снедков. – СПб.: ВМедА, 1997. – 48 с.
 23. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
 24. Соловьев, И.В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация / И.В. Соловьев. – М.: Витязь-Братишка, 2000. – 112 с.
 25. Степанова, Н.М. Медико-психологическое обеспечение сотрудников со стрессовыми расстройствами / Н.М. Степанова // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД и ВВ МВД России: тез. докл. участников Всеросс. совещ. руковод. подразделений психолог. обеспечения ОВД и ВВ. – М., 2000. – С. 245–248.
 26. Стрельников, А.А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Стрельников. – СПб.: ВМедА, 1998. – 40 с.
 27. Съедин, С.И., Абурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки: учебное пособие / С.И. Съедин, Р.А. Абурахманов. – М.: Минобороны РФ, 1992. – 70 с.
 28. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дис. ... д-ра психол. наук / Н.В. Тарабрина. – СПб.: РГПУ, 2008. – 362 с.
 29. Филимоненко, Ю.И. Цветовой тест М. Люшера. Модификация «Попарные сравнения»: методическое руководство / Ю.И. Филимоненко. – СПб.: СПбГУ, 1993. – 42 с.
 30. Green, B.L. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans / B.L.Green, M.C. Grase [et al] // American journal of psychiatry. – 1990. Vol. 147. – P. 729–733.
 31. Perrez, M. Stress, coping, and health. A situation behavior approach: Theory, methods, applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle / Toronto: Hogrefe & Huber publishers. – 1992. – 233 p.

Yu. Yu. Strelnikova

Types of adaptative stressful reaction and changes of combatants' personality in distance period of returning to civilian life

Abstract. The results of studies for psychological and somatic fighting stress consequences of 108 police officers in the early and distance period of returning to civilian life are presented. The survey-test revealed constructive emotional and behavioral reactions, the lack of post-traumatic and somatic disorders for 29,6% surveyed in a year after battle actions. They are functional, optimistic, determined, courageous, demonstrated rational and practical behavior, ability to unconventional problem solving, good intuition and quick response, can to work in a team and successfully make up their mind of battle tasks. Their adaptive resources are optimally mobilized and are spent exactly as need. Two years later survey-test revealed protective and adaptive type of personality changes, active affective and behavioral reactions, certain symptoms of post-traumatic stress disorder at prenosological level, increased morbidity in comparison with the first year for 51,8% of combatants. They are characterized by emotional lability, impulsiveness, conflictness, intensesness, state anxiety, low strong-willed control of emotions and behavior. The adaptation is achieved by mobilizing of the human organism resources, by the actualization of psychological and biological protective mechanisms. The passive stressful reaction, negative nonpathological personality changes, the increased level of post-traumatic stress disorder symptoms, frequent and long-lasting morbidity were disclosed for 19,4% of police officers in four years after battle actions. The defatigation and state anxiety, pessimism, social withdrawal, suspiciousness, constriction, a low self-rating and resistance to stress, social passivity and social dependence are inherent to them. The treatment of somatic pathology, relaxation, family and individual psychotherapy are recommended to police officers.

Key words: combatant, battle conditions, personality, stress, adaptation, impulsivity, pessimism, state anxiety, post-traumatic stress disorder, morbidity.

Контактный телефон: 8-911-794-79-80; e-mail: vovich3@yandex.ru