

На правах рукописи

ИЧИТОВКИНА
Елена Геннадьевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ МИНИСТЕРСТВА
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СТРЕСС-ФАКТОРОВ
БОЕВОЙ ОБСТАНОВКИ**

05.26.02 – безопасность в чрезвычайных ситуациях
19.00.05 – социальная психология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Архангельск
2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на кафедре психиатрии и клинической психологии

Научные руководители:	доктор медицинских наук, профессор Соловьев Андрей Горгоньевич доктор медицинских наук, профессор Злоказова Марина Владимировна
Официальные оппоненты:	доктор медицинских наук, доцент Барачевский Юрий Евлампиевич доктор медицинских наук, профессор Ишеков Николай Сергеевич
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Петрозаводский государственный университет»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2011 г. в «___» час. на заседании диссертационного совета Д 208.004.01 при ГОУ ВПО Северном государственном медицинском университете Минздравсоцразвития Российской Федерации по адресу: 163000, Архангельск, пр. Троицкий, д. 51.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Северного государственного медицинского университета (пр. Троицкий, д. 51)

Автореферат разослан «___» _____ 2011 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Вилова Татьяна Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Концепция профессионального здоровья представителей силовых структур является ведущим принципом разработки мероприятий по обеспечению их профессиональной надежности (Глухов Д.В. и соавт., 2011). Профессия полицейского связана с повышенными психо-эмоциональными нагрузками, особенно при выполнении оперативных задач в зонах боевых действий, что требует совершенствования системы профотбора и медико-психологического сопровождения (Морозов Д.В. и соавт., 2011). Несмотря на тщательный медико-психологический отбор при приеме на службу, уровень трудопотерь в министерстве внутренних дел (МВД) РФ превышает таковой среди лиц других профессий в 2,5 раза (Вахов В.П., Колос И.В., 2007).

Крупномасштабные события в Северо-Кавказком регионе (СКР) показали, что государство вынуждено привлекать к контртеррористическим операциям подразделения правоохранительной структуры, по своим функциям не предназначенные к ведению боевых операций (Жовнерчук Е.В., 2010). Как следствие, изменяются социальные установки личности комбатантов, снижается эффективность коммуникативных процессов, что приводит к нарушению процесса социализации в мирных условиях жизни; они нередко совершают грабежи, разбои, нарушение норм административного законодательства, кражи, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (Фастовцев Г.А., 2009). Психическое неблагополучие лиц, несущих службу с оружием, может иметь опасные последствия для мирных граждан, что широко освещается в средствах массовой информации, но практически не связывается с возможным проявлением агрессии, как симптома посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

До настоящего времени в изучении пограничных психических расстройств (ППР) преобладал преимущественно клинический подход, в то время как социально-психологические аспекты проблемы, особенно в системе МВД, оставались недостаточно разработанными (Безчастный К.В., 2010). Одним из серьезных препятствий является стигматизированное отношение комбатантов к психологам и психиатрам, что снижает эффективность ранней диагностики социально-психологических нарушений, возникающих после участия в чрезвычайных ситуациях (ЧС) военного характера. Несмотря на широкий интерес к данной проблеме, редко встречаются исследования, касающиеся ранней диагностики ППР в аспекте медицинской и социально-психологической реабилитации, что ограничивает применение необходимых мер по минимизации последствий ЧС военного характера у сотрудников МВД (Ведешкин Н.А., 2010). Важность разработки вопросов, касающихся раннего выявления ППР у комбатантов вследствие боевых ЧС, для повы-

шения эффективности психодиагностических, реабилитационных и психопрофилактических мероприятий, обусловили необходимость проведения настоящего исследования.

Целью исследования явилось выявление социально-психологических и клинических особенностей и факторов, способствующих формированию пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел, для оценки эффективности оказания психокоррекционной помощи в процессе служебно-боевой деятельности.

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

1. Выявление социально-психологических и клинических особенностей у комбатантов-сотрудников министерства внутренних дел после участия в боевых действиях.

2. Систематизация факторов, влияющих на формирование и характер течения социально-психологических нарушений и личностных расстройств комбатантов-сотрудников министерства внутренних дел.

3. Анализ факторов, способствующих устойчивости к воздействию стрессоров боевой обстановки у комбатантов-сотрудников министерства внутренних дел.

4. Оценка эффективности проведения медико-психологической реабилитации комбатантам с пограничными психическими расстройствами.

Положения, выносимые на защиту:

1. Пограничные психические расстройства комбатантов министерства внутренних дел после участия в боевых действиях характеризуются клиническим полиморфизмом и разной степенью выраженности психопатологических нарушений – от кратковременных дезадаптивных реакций до личностных расстройств, что нередко сопровождается нарушениями психосоциальной адаптации.

2. Личностными характеристиками, способствующими формированию расстройств адаптации и посттравматического стрессового расстройства у комбатантов, являются: высокая личностная тревожность, интравертированность, высокие коммуникативные и морально-нравственные качества, хорошие интеллектуальные способности, пессимистичность. Устойчивость комбатантов к воздействию стресс-факторов боевой обстановки обуславливают преморбидно повышенная общая агрессивность, интеллектуальный уровень с низкой способностью к анализу информации.

3. Хорошая эффективность медико-психологической реабилитации у комбатантов министерства внутренних дел с пограничными психическими расстройствами характеризуется полной клинической редукцией психопатологических нарушений, позитивной динамикой личностно-характерологических особенностей, социальной стабильностью.

Научная новизна исследования. Впервые проведено дифференцированное изучение динамики личностных и социально-психологических особенностей у сотрудников МВД под воздействием стресс-факторов боевой обстановки; систематизированы факторы, способствующие формированию хронических невротических нарушений и расстройств личности (РЛ). Предложены новые подходы к диагностике ППР и реабилитации комбатантов МВД. Разработана скрининг-методика для субъективной оценки психического состояния комбатантами (уд. на рац. предл. № 2/11 от 14.03.11), предназначенная для ранней диагностики психопатологической симптоматики. С использованием клинического интервью и скрининг-анкетирования предложен подход к преодолению барьера стигматизации к психиатрам и выявлены полиморфные психопатологические нарушения у комбатантов МВД. Впервые систематизированы личностные особенности, способствующие устойчивости комбатантов к стрессогенному воздействию факторов боевой обстановки; предложен лично-ориентированный подход при проведении медико-психологической реабилитации комбатантам и оценена ее эффективность.

Практическое значение исследования и внедрение результатов.

Скрининг-методика для субъективной оценки психического состояния комбатантами внедрена в комплекс диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на повышение эффективности восстановительного лечения в отделении неврологии Медико-санитарной части (МСЧ) УВД по Кировской области (акт внедрения от 19.04.2010). Использование рационально-разъяснительного клинического интервью способствовало улучшению диагностики ППР. Изучение структурной динамики личностных и психосоциальных особенностей позволило осуществлять дифференцированный подход при профотборе, направлении в зону боевых действий и проведении медико-психологической реабилитации. С учетом выявленных факторов, способствующих формированию ППР и сохранению психического благополучия, может осуществляться психопрофилактика для сохранения психического здоровья комбатантов.

Личный вклад автора в проведенное исследование заключается в самостоятельной разработке программы исследования, участии в его осуществлении. Результаты по комплексному обследованию комбатантов МВД получены автором при обследовании их в период целевых профилактических осмотров после командировок в СКР в МСЧ УВД по Кировской области. Описанные реабилитационные мероприятия с применением психотерапии, интерпретация полученных данных, разработка практических рекомендаций осуществлялись автором самостоятельно.

Апробация работы. Результаты работы доложены и обсуждены на: Всероссийских конференциях «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» (Москва, 2009), «Актуальные вопросы внебольничной помощи детскому и взрослому населению» (Санкт-Петербург, 2009), «Медико-социальные приоритеты сохранения психического здоровья населения России» (Петрозаводск, 2009), международной конференции «Nordic-Baltic Doctoral Network in Psychology» (Архангельск, 2009), межрегиональной научно-практической конференции психотерапевтов «Актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии» (Киров, 2010), Международных Ломоносовских чтениях (Архангельск, 2010), совместном заседании проблемных комиссий Северного государственного медицинского университета по гигиене, физиологии труда, экологии и безопасности в чрезвычайных ситуациях и по психическому здоровью (2011).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, в том числе 5 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 152 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 17 рисунками, 10 таблицами. Библиография включает 244 источника, в том числе 184 отечественных и 60 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В 2007-2009 г.г. было обследовано 247 мужчин – сотрудников строевых подразделений МВД – отрядов милиции специального назначения и милиции особого назначения, патрульно-постовой службы – участников боевых действий в СКР, постоянно проживающих в Кировской области, русских, в возрасте от 25 до 45 (ср. возраст $31,3 \pm 1,5$) лет; стаж службы – $12 \pm 2,8$ лет, количество командировок в СКР – $5,6 \pm 1,2$; достоверных различий между сотрудниками подразделений по указанным параметрам не было. Все поступающие на службу имели показатели здоровья, соответствующие первой группе предназначения, без соматических и психических заболеваний. Клиническое обследование проводилось после возвращения из СКР в течение 10 сут.; повторное клиническое и экспериментально-психологическое обследование – через 1,5 мес. (после реабилитационного отпуска и дней за переработку во время командировки). Диагностика ППР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. В основную группу были включены 142 (57,5%) комбатанта, у которых непо-

средственно после возвращения из СКР выявлены клинические признаки ППР. Она была поделена на две подгруппы:

I – 94 чел. (66,2%) с расстройствами адаптации (РА) и ПТСР – всем проводился курс лечебно-реабилитационных мероприятий, включавший медикаментозную терапию (антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики) и мультимодальную психотерапию, направленную на формирование мотивации на лечение и преодоление стигматизированного к нему отношения, изучение своих психологических и личностных особенностей, формирование навыков адаптивного поведения на службе и в быту. Применялись рациональная психотерапия, гипносуггестия, арттерапия (для дополнительного диагностического материала, так как сюжет был связан с особенностями мироощущения комбатантов, с переживаниями, отражающими элементы болезни). Лечение проводилось в течение двух недель в стационарных условиях с последующим амбулаторным курсом до трех месяцев.

II – 48 чел. (33,8%) с невротическим развитием (НР) по неврастеническому типу и РЛ, которые были направлены на военно-врачебную комиссию (ВВК) согласно положению «О военно-врачебной экспертизе» (Постановление Правительства Российской Федерации от 25.02.03г. №123) для определения годности к дальнейшей службе в занимаемой должности, поэтому с ними медико-психологическая реабилитация не проводилась. В группу сравнения были отнесены 105 (42,5%) психически здоровых комбатантов.

Для изучения динамики личностных характеристик в процессе служебно-боевой деятельности использовались архивные данные Центра психодиагностики за период $12,0 \pm 2,8$ лет, включающие выводы по базовым тестовым методикам (СМИЛ, Басса-Дарки, МЛЮ «Адаптивность») всех обследованных комбатантов при поступлении на службу на должности, связанные с исполнением боевых задач в особых условиях.

Критерии включения в исследование:

- несение службы в строевых подразделениях МВД по должностям, связанным с исполнением служебно-боевых задач в особых условиях;
- участие в боевых действиях в СКР в составе сводных отрядов МВД, при которых возникла непосредственная угроза жизни и здоровью;
- наличие не менее трех командировок в СКР за период службы в МВД;
- отсутствие в анамнезе черепно-мозговых травм (ЧМТ);
- добровольное согласие на клиническое и экспериментально-психологическое исследование.

Критерии не включения в исследование:

- отказ пациента от проведения психодиагностического обследования;
- участие в боевых действиях во время срочной службы в РА или на контрактной основе в любой ведомственной структуре, кроме МВД;

- наличие в анамнезе ЧМТ и их последствий;
- наличие ППР в период службы в МВД до проведения исследования.

Критерии исключения из исследования:

- отказ от дальнейшего участия в исследовании;
- недостоверные результаты экспериментально-психологического исследования по базовым тестовым методикам.

Методы исследования

Клинико-психопатологическое обследование включало: анализ жалоб, данные субъективного восприятия болезни, результаты клинического обследования и данные, полученные при работе с медицинской документацией. Для уточнения психопатологической симптоматики с учетом основных моментов анамнеза жизни, профессиональной деятельности и восприятия состояния испытуемым использована разработанная нами «Скрининг-методика для субъективной оценки психического состояния комбатантами» (уд. на рац. предл. № 2/11 от 14.03.11). Применялось рационально-разъяснительное клиническое интервью с акцентом на конфиденциальности для преодоления барьера стигматизации к ведомственным психиатрам. Для экспериментально-психологического исследования использовались:

- методика СМИЛ – отечественная модификация ММПР, дающая информацию, как о стабильных характеристиках личности, так и о состоянии на момент обследования (Собчик М.Н., 2000);
- тест Басса-Дарки – для выявления формы дезадаптивного реагирования, уровня и характера агрессивного поведения (Басс А., Дарки А., 1988);
- метод ПТСР Котенева – для определения наличия психотравмирующего события и повторного переживания травмы (Котенев И.О., 2001);
- многофакторный личностный опросник (МЛЮ) «Адаптивность» – для определения индивидуальных адаптационных резервов (Роджерс К., Даймонд Р., 1994);
- краткий отборочный тест (КОТ) – для определения уровня интеллекта (адаптированный тест Д.Вандерлика, 1992).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием лицензионной программы SPSS 13.0. Применялся метод вариационной статистики с вычислением среднего значения, доверительных интервалов, определением вероятности ошибки. Для парных сравнений применялся t-критерий Стьюдента для независимых групп. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Оценка факторов риска проводилась путем использования логистической регрессии. Проведен факторный анализ методом главных компонент с применением процедуры вращения методом Варимакс с нормализацией Кайзера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Социально-психологическая дезадаптация у обследованных комбатантов основной группы проявлялась: частым употреблением алкоголя (54,7%), конфликтным и агрессивным поведением в быту и на службе (50,2%), промискуитетом (50,1%), разводами (45,7%), узким кругом общения (37,3%) и ограниченностью интересов (33,2%). Нозологическая структура психических нарушений была представлена: РА в 38,1% случаев (в т.ч. кратковременной депрессивной реакцией – 16,2%, смешанной тревожно-депрессивной реакцией – 11,3%, РА с нарушениями поведения – 10,6%), ПТСР – 28,2% (тревожный вариант – 11,7%, эксплозивный – 4,9%, соматоформный – 8,8%, истероконверсионный – 2,8%), РЛ – 13,4%, неврастенией – 20,3% (гипостенической формой – 3,4%, гиперстенической – 16,9%).

Анализ наиболее часто встречающихся психопатологических симптомов в основной группе показал преобладание невротического и психопатического круга: раздражительности, перепадов настроения, страха, тревоги, нарушений сна, вспышек гнева, конфликтности, агрессивности. Имелась депрессивная симптоматика с дисфоричным оттенком с потерей «радости в жизни», ощущением «пустоты» и «бесчувствия». Клинически были выявлены: ограничение интересов, межличностного общения, жестокость, негативизм по отношению к окружающим, ангедония, агрессивность и импульсивность при выраженной фиксации на служебно-боевой деятельности и ее значимости, что являлось почвой для развития социальной изолированности и ограничения круга общения «понимающими сослуживцами». В обеих подгруппах была выявлена похожая психо-патологическая симптоматика, но встречалась она достоверно чаще во II подгруппе.

У большей части комбатантов I подгруппы (99,1%) после проведения реабилитации психопатологические симптомы редуцировались, сохранился прежний уровень социальной активности и отмечалась хорошая адаптация в мирных условиях (рис. 1). Удалось изменить отношение комбатантов к реабилитации и создать мотивацию не только на откровенность при психодиагностических осмотрах, но и сформировать позитивный настрой по отношению к лечению. У значительной части лиц с ППР до проведения реабилитации отмечались напряженные и конфликтные отношения в семье, улучшившиеся после проведенной семейной терапии, без распада брака. Повторных обращений к психиатру не наблюдалось, обследуемые продолжили службу в строевых подразделениях.

Повторное обследование лиц II подгруппы через 1,5 мес. после командировки в СКР выявило незначительную позитивную динамику со снижением симптомов невротического круга, но психопатические – остались на

прежнем уровне, способствуя усилению конфликтности в семье, нарастанию социальной изолированности, нарушению межличностных коммуникаций (рис.2). Нозологическая структура психических нарушений во II подгруппе свидетельствовала о недостатках в проведении психодиагностического обследования в межкомандировочный период. Не исключено, что ранее РА и ПТСР встречались у них и при отсутствии своевременной диагностики и помощи трансформировались в более глубокие расстройства, которые приводили к антисоциальному (21,4%) и аутоагрессивному (1,1%) поведению. Комбатанты с неврастенией и РЛ были направлены на ВВК. Лица, страдающие НР, переведены на должности, не связанные с участием в боевых действиях, лица с РЛ были уволены из МВД в связи с наличием психического заболевания и направлены на психиатрическую экспертизу.

При анализе психосоциальной адаптации были выявлены достоверные внутригрупповые и межгрупповые различия. Разводы в I подгруппе встречались достоверно реже, чем во II и у здоровых лиц. Причинами разрушения семейных отношений комбатанты считали: конфликтные отношения между супругами, частое употребление алкоголя и негативное поведение в состоянии опьянения, командировки в зону боевых действий, вспыльчивость, а также подозрения в неверности жен. Многие комбатанты группы сравнения предпочитали не вступать в брак и объясняли это недоверием к женщинам, изменами и примерами неудачных браков у других. Одной из причин нарушения семейных взаимоотношений являлось снижение сексуальной активности, которое достоверно чаще встречалось у комбатантов II подгруппы и в группе сравнения.

Получены достоверные различия по частоте употребления алкоголя и реакции на опьянение. Значительная часть лиц I подгруппы отказалась от употребления спиртного; в группе сравнения таких лиц не было выявлено. Это имеет важное значение в связи с тем, что у большинства комбатантов (59,4%) в состоянии опьянения возникало агрессивное поведение с дисфориями и разрядкой в форме психической и физической агрессии.

Нами выявлены достоверные различия по особенностям увлечений и кругу интересов: в I подгруппе преобладали социально-позитивные занятия: общение с семьей, природой, спорт и религия; большинству лиц II подгруппы был свойственен промискуитет, а также ограничение круга общения.



Рис.1. Динамика психопатологических симптомов после проведения медико-психологической реабилитации у комбатантов I подгруппы через 1,5 месяца после командировки в СКР, %.

Примечание: различия достоверны при *- $p < 0,05$, **- $p < 0,001$.

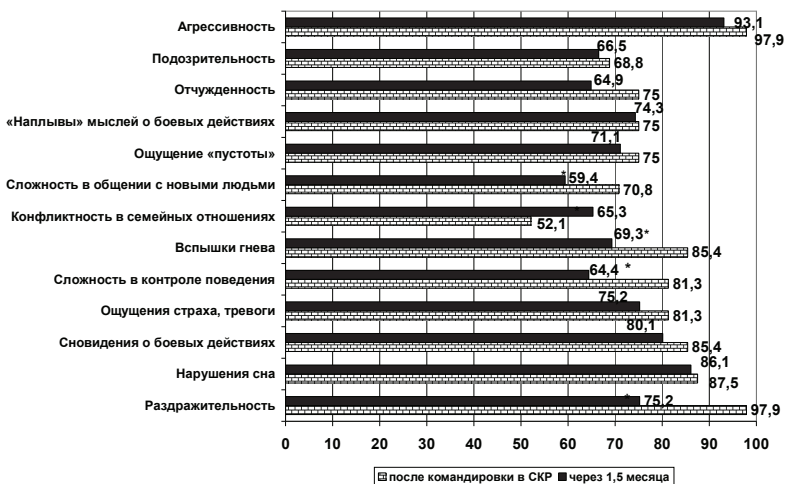


Рис.2. Динамика психопатологических симптомов у комбатантов II подгруппы через 1,5 месяца после командировки в СКР, %.

Примечание: различия достоверны при *- $p < 0,05$, **- $p < 0,001$.

Психически здоровые комбатанты также были склонны к промискуитету, предпочитали контактировать с новыми людьми через Интернет, так как испытывали сложности в непосредственном живом общении. Комбатанты I подгруппы после проведения медико-психологической реабилитации достоверно чаще были соматически здоровы (75,0%), тогда как большинство из II подгруппы (97,9%) и группы сравнения (82,3%) состояли на учете у терапевта с психосоматическими заболеваниями (чаще с гипертонической и язвенной болезнью), что, по-видимому, связано с негативными эмоциями и неразрешенными проблемами после участия в боевых действиях.

При исследовании по методике ПТСР Котенева у комбатантов I подгруппы и психически здоровых лиц имелись незначительные достоверные различия по базовым шкалам теста, не выходящие за пределы допустимых границ (табл.1). Во II подгруппе значения теста свидетельствовали о клинической выраженности симптомов ПТСР: «избегания-вторжения», гиперактивации, депрессии, повторного переживания события травмы, дистресса и дезадаптации.

Профиль личности (по СМИЛ) комбатантов I подгруппы при поступлении на службу характеризовался интравертированностью, замкнутостью, повышенным контролем поведения, тревожностью, мнительностью, пессимистичностью, сниженной самооценкой. В динамике произошло заострение преморбидных особенностей с выраженным нарастанием невротизации ($p < 0,001$), личностной тревожности ($p < 0,001$), появились ранее не свойственная импульсивность с дисфоричным эмоциональным фоном, негативизм и депрессивные тенденции.

При проведении факторного анализа значимости преморбидных особенностей в формировании ППР в качестве переменных были включены базовые шкалы СМИЛ. Фактор F_1 собрал переменные, указывающие на «преморбидную невротизированность»; они описывали состояние эмоциональной неустойчивости, невротического типа реагирования на обыденные ситуации, пессимистичность. F_2 отражал переменные, указывающие на исходно высокую личностную тревожность, своеобразие восприятия окружающего, индивидуалистичность. В F_3 вошли переменные, отражающие «дискоммуникативность», склонность к ограничению межличностных контактов, замкнутость, подозрительность, импульсивную реакцию на обыденные ситуации. Вероятно, исходные особенности личности влияли не только на возникновение и течение психопатологических нарушений, в частности, РА и ПТСР, но и на обращаемость за медицинской помощью.

Личностные характеристики комбатантов II подгруппы при поступлении на службу характеризовались низкой тревожностью с пиком профиля по шкале «индивидуалистичность». Выявлена схожесть преморбидного лич-

ностного фона у психически здоровых лиц и комбатантов II подгруппы, у которых в динамике произошло повышение не только невротизации ($p < 0,001$), тревожности ($p < 0,001$), пессимистичности ($p < 0,001$), но и увеличение интравертированности. Обобщенный личностный профиль характеризует их, как импульсивных и непредсказуемых пессимистов, имеющих проблемы с межличностным общением и склонных к антисоциальным действиям.

Таблица 1

Частота встречаемости признаков посттравматического стрессового расстройства у комбатантов по методу Котенева, $M \pm m$, баллы

Шкалы	Основная группа n=142		Группа сравнения n=101
	I подгруппа	II подгруппа	
Депрессии	32,8 \pm 11,3*^^	65,2 \pm 12,1”	24,6 \pm 16,2
Лжи	51,2 \pm 9,9^	48,8 \pm 13,1	45,6 \pm 15,6
Агравации	50,8 \pm 12,7	50,6 \pm 13,2	51,5 \pm 13,1
Диссимуляции	38,2 \pm 10,8**	50,1 \pm 10,5”	34,8 \pm 12,2
Событие травмы	30,5 \pm 6,1^	33,1 \pm 4,7	27,8 \pm 12,1
Повторное переживание травмы	35,5 \pm 8,3*^^	68,4 \pm 19,5”	29,8 \pm 10,9
Избегание	18,9 \pm 7,6**	62,0 \pm 9,7”	21,1 \pm 11,8
Гиперактивация	31,8 \pm 11,7**	67,9 \pm 13,1”	33,2 \pm 11,4
Дистресс и дезадаптация	15,8 \pm 8,1*^^	69,1 \pm 12,7”	18,6 \pm 10,1
Наличие признаков ПТСР	64,9 \pm 13,1**	92,7 \pm 22,5”	66,9 \pm 18,1

Примечание: различия достоверны при: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ (I и II подгруппы), ^ – $p < 0,05$, ^^ – $p < 0,001$ (I подгруппа и группа сравнения); ‘ – $p < 0,05$,” – $p < 0,001$ (II подгруппа и группа сравнения)

При проведении факторного анализа значимости преморбидных особенностей личности в формировании более глубоких ППР было выделено три основных факторных переменных: фактор F_1 собрал переменные, характеризующие «мужественно-ригидный» тип личности – независимость от мнения окружающих, упрямство, ориентированность на собственную точку зрения, категоричность, пессимизм; F_2 – указывал на «невротические» особенности характера, включал переменные, отражающие склонность к аффективным реакциям, лабильности, высокой личностной тревожности; F_3 – «дискоммуникативность» – включал переменные, описывающие ограниченность межличностных контактов, настороженность, подозрительность, импульсивность.

У психически здоровых лиц личностные особенности в преморбиде характеризовались завышенной и лабильной самооценкой, амбициозностью,

гипертимностью, экстравертированностью, легкостью в общении, личностной незрелостью, поверхностностью суждений, эмоциональной неустойчивостью, что могло являться причиной анозогнозии и в последующем – отказа от обращения за помощью. После участия в ЧС их профиль трансформировался в эксплозивно-дисфорический с выраженным ростом социальной интравертированности, пессимизма, эмоциональной ригидности и усилением импульсивной агрессивности.

При проведении факторного анализа для определения значимости преморбидных личностных особенностей в сохранении психического благополучия у психически здоровых лиц было выделено три фактора: фактор F_1 собрал переменные, отражающие эмоциональную неустойчивость, склонность к эксплозивным реакциям при общей позитивно-оптимистической настроенности на окружение; F_2 – «импульсивно-оптимистичный» – отражал составляющие, описывающие гипертимный тип личности с поверхностностью суждений и отсутствием фиксации на негативных событиях; F_3 – «мужественный» – переменные, определяющие преобладание стеничных личностных особенностей, ориентацию на собственную точку зрения, независимость в принятии решений.

При исследовании когнитивных функций был выявлен более высокий уровень интеллекта у комбатантов I подгруппы ($19,8 \pm 2,4$ баллов), что, возможно, наряду с особенностями личности приводило к формированию симптомов тревожно-мнительного, тревожно-фобического, депрессивного спектра, с критичным отношением к возникшим проблемам, вероятно, за счет более глубокой переработки ситуации и последующим обращением за помощью. Показатели интеллекта были достоверно ($p < 0,05$) ниже у комбатантов II подгруппы ($16,5 \pm 4,5$ баллов) и в группе сравнения ($16,7 \pm 4,6$ баллов), проявляясь низким уровнем обобщения и анализа, пространственного мышления, устойчивости мыслительной деятельности (табл.4).

Анализ динамики особенностей реагирования по методу Басса-Дарки выявил достоверные различия между группами, как при исходном, так и при контрольном исследовании. Комбатанты I подгруппы в преморбиде были достоверно менее враждебны, подозрительны, раздражительны и вербально агрессивны, чем II и психически здоровых лиц. В группе сравнения изначально был высокий уровень физической агрессивности и враждебности, но по суммарному показателю агрессивной мотивации достоверных различий между группами не отмечалось. После командировок в СКР показатели приобрели достоверные различия по всем шкалам теста, кроме уровня физической агрессии, которая не имела различий и была представлена высоким уровнем. Показатель общей агрессивности был достоверно ниже после лечения, обследованные были менее агрессивны и обидчивы, более контактны,

что свидетельствовало о сохранности межличностных коммуникаций и лучшей адаптации в обыденной жизни. У комбатантов II подгруппы и группы сравнения произошел рост всех видов агрессии, негативизма, враждебности с незначительным различием в выраженности данных состояний.

По МЛО «Адаптивность» у лиц I подгруппы исходно высокий морально-нравственный потенциал (МНП) снизился не столь значительно, чем во II и у психически здоровых лиц, несмотря на снижение личностного адаптационного потенциала (ЛАП), психологической устойчивости и межличностной коммуникативности (табл.2), что свидетельствовало о соблюдении общепринятых мер поведения и хорошем уровне социализации и, по-видимому, было связано не только с психической переработкой психотравмирующих ситуаций боевого характера, но и с изначально высоким интеллектуальным уровнем и критичностью к возникающим в характере изменениям. Во II подгруппе выявлена прогрессивно-негативная динамика адаптивных способностей, хотя у них исходно был самый высокий показатель нервно-психической устойчивости (НПУ) и коммуникативных особенностей (КО), а исходный показатель МНП достоверно не отличался от I подгруппы. Средние и высокие показатели исходного уровня трансформировались в низкие, то есть сформировались выраженные нарушения адаптационных возможностей со склонностью к невротическим эксплозивным реакциям, выраженной ограниченности межличностных коммуникаций, а учитывая снижение МНП, – к антисоциальному поведению.

Таблица 2

**Динамика адаптивных способностей у комбатантов по МЛО «Адаптивность»,
M±m, баллы**

Показатели	Шкалы	I подгруппа n=94	II подгруппа n=48	Группа сравнения n=101
При поступлении на службу	ЛАП	5,4±1,1 [^]	5,3±1,1	4,1±1,5
	НПУ	5,5±1,1* ^{^^}	6,1±1,1 [”]	4,2±1,3
	КО	5,2±1,2 [^]	5,6±1,1 [”]	4,2±1,5
	МНП	5,1±1,6 [^]	5,0±1,4 [”]	3,7±1,6
После участия в боевых действиях	ЛАП	3,4±1,3	2,8±1,5 [”]	3,5±1,1
	НПУ	4,5±1,7*	3,1±1,5	3,8±1,1
	КО	4,2±1,6**	2,7±1,3 [’]	3,8±1,2
	МНП	3,8±1,9*	2,8±1,5 [’]	3,6±1,5

Примечание: различия достоверны при: * – p<0,05, ** – p<0,001 (I и II подгруппы), [^] – p<0,05, ^{^^} – p<0,001 (I подгруппа и группа сравнения); [’] – p<0,05, [”] – p<0,001 (II подгруппа и группа сравнения)

Результаты динамического исследования адаптивных способностей у комбатантов II подгруппы подтверждают изменения, произошедшие в личностном профиле СМИЛ. Кроме того, данные психологического обследования согласуются с клиническими симптомами и выявленными психическими расстройствами. Согласно показателям МЛО «Адаптивность», наиболее адаптированными к обыденной жизни, коммуникабельными, психологически и морально-устойчивыми оказались комбатанты I подгруппы, получившие лечебную помощь в межкомандировочный период.

Факторный анализ психологических особенностей комбатантов, способствующих формированию ППР, был проведен по каждой группе обследованных и включал 20 элементарных переменных, представленных значениями базовых шкал экспериментально-психологических методик. В каждой группе выделились 3 фактора. В I подгруппе фактор F_1 собрал переменные, отражающие «высокий интеллектуально-мыслительный уровень», склонность к глубокому анализу информации, гибкость мыслительных процессов и пространственного мышления; данный фактор отрицательно нагружали показатели физической и косвенной агрессивности, то есть у данных лиц до участия в боевых действиях отсутствовала враждебная настроенность по отношению к окружающим. F_2 – характеризовал переменные, описывающие «хорошую общую адаптивность», приверженность к строгому соблюдению норм и правил поведения, высокую нравственность, умение ориентироваться в окружающей обстановке, отсутствие обидчивости и негативизма. F_3 включал переменные, указывающие на усиление «внешнего контроля поведения» при воздействии стрессовых факторов, склонность к самообвинению и агрессии, направленной во внутрь. Во II подгруппе F_1 характеризовал состояние «напряженности», отражал наличие склонности к невротическим импульсивным реакциям, обидчивости, подозрительности; F_2 – описывал «агрессивность поведения», включающую переменные с наличием высокого уровня агрессивной мотивации, враждебности, склонности к решению обыденных проблем с помощью физической силы, настороженности, косвенной и вербальной агрессивности; F_3 – «когнитивный» – собрал переменные, указывающие на хороший уровень интеллекта, устойчивость внимания и пространственного мышления. У психически здоровых лиц F_1 отражал переменные с наличием «потенциала агрессии», враждебности к окружающим, негативизм, склонность к применению физической силы, обидчивость. F_2 – «адаптивный» – переменные, описывающие способность к хорошей адаптации в стрессовых ситуациях, отсутствие фиксации на негативных событиях. F_3 характеризовался устойчивостью внимания, отсутствием глубокой переработки психотравмирующих событий. Данные психологические особенности являлись значимыми для сохранности психического состояния

комбатантов группы сравнения и обеспечивали адаптацию в боевых условиях служебной деятельности.

Таким образом, психопатологические нарушения у комбатантов МВД характеризуются полиморфизмом, различной нозологической структурой – от кратковременных невротических реакций до РЛ. При своевременно оказанной лечебно-реабилитационной помощи (с учетом выявленных и систематизированных факторов) психопатологические нарушения редуцируются, психодинамические характеристики не имеют негативных тенденций, сохраняется хорошая психосоциальная адаптация, что может являться профилактикой антисоциального и аутоагрессивного поведения.

ВЫВОДЫ

1. После участия в боевых действиях социально-психологическая дезадаптация у комбатантов-сотрудников министерства внутренних дел проявляется частым потреблением алкоголя (54,7%), конфликтным и агрессивным поведением в быту и на службе (50,2%), промискуитетом (50,1%), разводами (45,7%). Пограничные психические расстройства выявлены у 57,5% сотрудников; нозологическая структура представлена расстройствами адаптации – 38,1% посттравматическим стрессовым расстройством – 28,2%, расстройствами личности – 13,4% и неврастениями – 20,3%.

2. Факторами, способствующими формированию расстройств адаптации и посттравматического стрессового расстройства у комбатантов под воздействием чрезвычайных ситуаций военного характера, являются: преморбидная невротизированность (27,9%; $r=2,8$) с высокой личностной тревожностью и интравертированностью (13,4%; $r=1,3$), хороший интеллектуально-мыслительный уровень со склонностью к глубокому анализу травматических событий (11,1%; $r=11,1$). Благоприятное течение данных психических изменений обусловлено такими психосоциальными характеристиками, как: семейная стабильность (78,7%), социально-позитивный круг интересов (76,5%), психосоматическое благополучие (75,5%), редкое употребление алкоголя (61,7%), своевременное проведение медико-психологической реабилитации (57,5%).

3. Формированию глубоких пограничных психических расстройств (неврастения, расстройства личности) под воздействием чрезвычайных ситуаций военного характера способствуют: ригидность и пессимистичность (25,7%; $r=2,6$), аффективная неустойчивость и враждебность (18,1%; $r=1,8$), «дискоммуникативность» (15,7%; $r=1,6$). К прогрессированию психических нарушений приводят: несвоевременное выявление психопатологических симптомов в межкомандировочный период с отсутствием своевременной лечебно-реабилитационной помощи (100%), частое употребление алкоголя

ля (97,9%), неустойчивость семейных отношений (85,4%), ограниченность интересов и круга общения с фиксацией на служебно-боевой деятельности (70,9%).

4. На основании логистического регрессионного анализа установлено, что факторами, обуславливающими хорошую адаптационную устойчивость комбатантов к воздействию стресс-факторов боевой обстановки, являются: оптимистичность (31,5%; $r=3,2$) с поверхностностью суждений и отсутствием фиксации на негативных событиях, преобладание стеничных личностных особенностей (22,9%; $r=2,3$), интеллектуальный уровень с низкой способностью к анализу информации (11,2%; $r=1,1$).

5. Хорошая эффективность медико-психологической реабилитации достигнута у 82,9% комбатантов с расстройствами адаптации и посттравматическим стрессовым расстройством, что характеризуется полной клинической редукцией психопатологических нарушений, позитивной динамикой личностно-характерологических особенностей, социальной стабильностью (семейное благополучие, редкое употребление алкоголя, сохранность профессиональных качеств и мотивация к продолжению службы). Удовлетворительный результат реабилитации (17,1%) характеризуется редукцией нозологически оформленных психопатологических нарушений, наличием отдельных психопатологических симптомов невротического характера, негативной динамикой личностных особенностей, признаками психосоциальной дезадаптации (разводы, частое употребление алкоголя), в связи с чем данные лица нуждаются в динамическом наблюдении и при необходимости – в повторных реабилитационных мероприятиях.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Медико-психологическую реабилитацию необходимо проводить всем комбатантам в связи с большим количеством выявленных пограничных психических расстройств, негативными психодинамическими и психосоциальными тенденциями с использованием личностно-ориентированного подхода при проведении мультимодальной психотерапии (рациональная, гипносуггестивная, семейная психотерапия и арттерапия) для улучшения социально-психологической адаптации и психопрофилактики антисоциального и аутоагрессивного поведения.

2. Для преодоления барьера стигматизации и формирования позитивной мотивации на обследование и лечение комбатантов рекомендуется использовать рационально-разъяснительное клиническое интервью и скрининг-анкетирование при целевых профилактических осмотрах.

3. Проведение семейной психотерапии рекомендуется в качестве важного фактора стабилизации психических нарушений, связанных с психической

травматизацией в условиях чрезвычайных ситуаций, наряду с арттерапией – эффективного способа диагностики эмоциональных нарушений, дезактуализации травматического события, коррекции самооценки и настроения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Особенности адаптационного потенциала и уровня агрессивности у комбатантов с пограничными психическими расстройствами, выполнявших служебно-боевые задачи в Северо-Кавказском регионе / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению : материалы науч.-практ. конф. – СПб., 2009. – С. 98.

2. Состояние психического здоровья у сотрудников правоохранительных органов – участников контртеррористических операций в Северо-Кавказском регионе / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова // Медико-социальные приоритеты сохранения психического здоровья населения России : материалы Всерос. конф. – Петрозаводск, 2009. – С. 123.

3. Состояние психического здоровья у комбатантов, проходивших службу в Северо-Кавказском регионе / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах : материалы Всерос. конф. – М., 2009. – С. 79–80.

4. Динамика адаптивных способностей и уровня агрессивной мотивации у комбатантов / Т. В. Рубцова, Е. Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2009. – № 5. – С. 39-41.

5. О некоторых результатах комплексной реабилитации комбатантов – участников контртеррористической операции в Северо-Кавказском регионе / Т. В. Рубцова, Е. Г. Ичитовкина // Бюллетень СГМУ. – Архангельск, 2009. – № 2. – С. 127–128.

6. Опыт оказания лечебно-реабилитационной помощи комбатантам с психическими расстройствами на базе МСЧ УВД по Кировской области / Т. В. Рубцова, М. В. Злоказова, Е. Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2010. – № 2. – С. 42–47.

7. Стигматизация как фактор, препятствующий выявлению психических расстройств у комбатантов / М. В. Злоказова, Е. Г. Ичитовкина // Правовые и этические проблемы психиатрической помощи : материалы науч.-практ. конф. – М, 2010. – С. 167.

8. Динамика особенностей личности сотрудников органов внутренних дел под воздействием стресс-факторов боевой обстановки / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев // Психическое здоровье. – 2010. – № 10. – С. 25-28.

9. Психические расстройства у комбатантов-пенсионеров МВД / Е. Г. Ичитовкина // Материалы XV съезда психиатров РФ. – М., 2010. – С. 341.

10. Об опыте применения психотерапии в реабилитации комбатантов с пограничными психическими расстройствами / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2011. – С. 74–77.

11. 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 (42). – С. 56–68.

12. Оценка эффективности проведения медико-психологической реабилитации комбатантам МВД в межкомандировочный период / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, Т. В. Рубцова, Н. Е. Николаев // Медицинский вестник МВД. – 2011. – № 4. – С. 8-64.

13. Факторы, способствующие формированию пограничных психических расстройств у комбатантов строевых подразделений МВД / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, Т. В. Рубцова, Н. Е. Николаев // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – № 4. – С. 11–16.

Список сокращений

ВКК	– военно-врачебная комиссия
КО	– коммуникативные особенности
КОТ	– краткий отборочный тест
ЛАП	– личностный адаптационный потенциал
МВД	– министерство внутренних дел
МЛО	– многофакторный личностный опросник
МНП	– морально-нравственный потенциал
МСЧ	– медико-санитарная часть
НПУ	– нервно-психическая устойчивость
НР	– невротическое развитие
ППР	– пограничное психическое расстройство
ПТСР	– посттравматическое стрессовое расстройство
РА	– расстройство адаптации
СКР	– Северо-Кавказский регион
ЧМТ	– черепно-мозговая травма

Подписано в печать 09.09.2011.
Формат 60×84¹/₁₆. Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. л. 1,0. Уч.-изд. л. 1,0.
Тираж 100 экз. Заказ № 862

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

