

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации



*На правах рукописи*

**Шугушева Зарина Арсеновна**  
**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-  
АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН – СОТРУДНИКОВ  
ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

3.2.6. Безопасность в чрезвычайных ситуациях

3.1.17. Психиатрия и наркология

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук, доцент  
Е.Г. Ичитовкина

доктор медицинских наук, профессор  
А.Г. Соловьёв

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>Глава I. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН - СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b> .....	11
1.1. Особенности профессионального стресса у женщин – сотрудников ОВД..	13
1.2. Психические расстройства у женщин – сотрудников ОВД при воздействии стресс-факторов чрезвычайных ситуаций.....	15
1.3. Социальные факторы, способствующие психической дезадаптации в чрезвычайных условиях профессиональной деятельности у женщин- сотрудников ОВД.....	19
1.4. Механизмы психической дезадаптации женщин в условиях чрезвычайных ситуаций (биопсихосоциальный подход).....	22
1.5. Гендерно-чувствительные направления профилактики психической дезадаптации женщин в условиях чрезвычайных ситуаций.....	26
<b>Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	31
2.1. Организация исследования.....	31
2.2. Характеристика выборки респондентов.....	32
2.3. Методы и методики исследования.....	33
<b>Глава III. ГЕНДЕРНЫЕ И СЛУЖЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕСС-ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ</b> .....	36
3.1. Региональные особенности динамики общей заболеваемости психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации в г. Москве.....	36
3.2. Гендерный аспект психического здоровья сотрудников органов внутренних дел в условиях последствий чрезвычайных ситуаций.....	56
3.2.1. Нозологическая структура психических и психосоматических нарушений у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций.....	56

3.2.2. Донозологические стресс-ассоциированные расстройства у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций .....	58
3.2.3. Результаты инструментальных и лабораторных исследований у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций .....	60
3.2.4. Копинг-стратегии и жизнестойкость у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций .....	61
3.2.5. Удовлетворенность службой у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций .....	65
3.3. Профессиональный аспект психического здоровья женщин – сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций .....	67
3.3.1. Нозологическая структура психических и психосоматических нарушений у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности.....	68
3.3.2. Донозологические стресс-ассоциированные расстройства у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности.....	70
3.3.3. Результаты инструментальных и лабораторных исследований у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности.....	72
3.3.4. Копинг-стратегии и жизнестойкость у женщин сотрудников органов внутренних дел, с различным профилем профессиональной деятельности.....	74
3.3.5. Удовлетворенность службой у женщин – сотрудников органов внутренних дел, с различным профилем профессиональной деятельности.....	78
<b>Глава IV. СИСТЕМА СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И МНОГОУРОВНЕВАЯ ПРОГРАММА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН – СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ.....</b>	<b>82</b>
4.1. Научно-методологические основания разработки трехуровневой модели стратификации риска формирования дезадаптации у женщин – сотрудников	

органов внутренних дел в чрезвычайных условиях профессиональной деятельности .....	82
4.2. Система кластерной оценки и балльного распределения уровней риска ....	85
4.3. Цифровые пороги и диагностические критерии кластеров риска и взвешенный интегральный индекс, обоснование .....	87
4.4. Многоуровневая программа предупреждения и коррекции психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в условиях чрезвычайных ситуаций.....	90
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	93
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	95
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	96
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	100
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	101
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А. Стратификация женщин – сотрудников ОВД по уровням риска с цифровыми критериями</b> .....	122
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Стратификация женщин – сотрудников ОВД по уровням риска развития психических и психосоматических расстройств</b> .....	123

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Женщины составляют до 30 % сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (ОВД), а в отдельных подразделениях их доля достигает 40–50 % [20]. Несмотря на формальное равенство, женщины нередко привлекаются к выполнению задач с высокой психоэмоциональной нагрузкой, особенно в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС), включая участие в операциях по охране общественного порядка, ликвидации последствий катастроф и сопровождении лиц в кризисных состояниях [27, 74]. По данным МВД России, женщины активно задействуются в составе мобильных и оперативных групп, а также в подразделениях, обеспечивающих психологическую и медицинскую помощь сотрудникам [41].

Служба в таких условиях сопровождается выраженным стрессогенным воздействием и повышенным риском тревожных, депрессивных и дезадаптационных расстройств [125]. Дополнительными факторами уязвимости выступают ролевой конфликт, ограниченность социальной поддержки и гендерная предвзятость в профессиональной среде [121].

Действующие нормативные документы МВД России не учитывают гендерную специфику реагирования на стресс при исполнении служебных обязанностей в зонах ЧС, что приводит к отсутствию дифференцированных подходов в психопрофилактике и медико-психологической реабилитации [45, 47, 48, 49]. Это определяет необходимость комплексного исследования клинико-психологических особенностей и разработки программ, адаптированных к специфике психосоциального функционирования женщин, проходящих службу в условиях ЧС.

**Степень разработанности темы исследования.** Клинико-психологические последствия воздействия экстремальных факторов и особенности реагирования женщин в силовых структурах (Темникова Е.А., 2018; Украинцева Ю.В., Черемушкин Е.А., 2019; Сагалакова О.А. и др., 2020; Григорьева М.А., 2021; Филиппова Т.В., 2021; Станченков И.В., 2022). Влияние

организационной культуры и социально-психологических факторов на формирование ПТСР (Silvestri M., 2018; Wolf E.J. et al., 2018; Yehuda R. et al., 2019; Angehrn M., 2021; Murray K., 2021; Angehrn M., 2022).

**Цель исследования:** выявить клинико-психологические особенности стресс-ассоциированных расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации в чрезвычайных ситуациях профессиональной деятельности для разработки системы стратификации риска их развития и обоснования многоуровневой модульной программы профилактики психосоматических расстройств.

**Задачи исследования:**

1. Оценить структуру и уровни заболеваемости психическими расстройствами у сотрудников ОВД г. Москвы за период 2008-2024 гг.

2. Проанализировать клинико-психологические и психосоциальные особенности женщин – сотрудников ОВД г. Москвы после воздействия стресс-фактора чрезвычайных ситуаций при исполнении служебных обязанностей на прифронтовых территориях.

3. Выявить влияние профессионального профиля служебной деятельности женщин – сотрудников органов внутренних дел на частоту, структуру и клинико-психологические особенности психических и психосоматических расстройств после воздействия чрезвычайных ситуаций.

4. Разработать систему стратификации риска развития психических и психосоматических расстройств у женщин-сотрудников органов внутренних дел, привлекаемых к службе в условиях чрезвычайных ситуаций, на основании ключевых психосоциальных детерминант.

5. Обосновать многоуровневую модульную программу профилактики развития психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации в условиях чрезвычайных ситуаций.

**Объект исследования:** психическое здоровье женщин-сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации в условиях воздействия ЧС служебной деятельности.

**Предмет исследования:** клинико-психологические особенности стресс-ассоциированных расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, привлекаемых к службе в условиях повышенного риска, а также психосоциальные факторы, способствующие их формированию, в контексте разработки профилактической программы.

**Гипотеза исследования:** у сотрудников ОВД, проходивших службу в условиях чрезвычайных ситуаций, гендерные различия в характере стресс-ассоциированных реакций обусловлены сочетанием клинико-психологических особенностей, структурой копинг-стратегий, жизнестойкостью и профилем профессиональной деятельности, что обуславливает гендерно специфические варианты психической адаптации после воздействия ЧС.

**Научная новизна исследования.** На основании решения Научного совета МВД России тема исследования включена в Перечень проблем МВД России, требующих научной проработки (протокол от 12.01.2025 № 1-25). Впервые проведена комплексная оценка стресс-ассоциированных расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходивших службу в условиях ЧС, с учётом структуры заболеваемости, клинико-психологических характеристик, профессионального профиля и психосоциальных факторов риска. Впервые для женщин – сотрудников органов внутренних дел сформирована научно обоснованная модель психосоциальных детерминант стресс-ассоциированных нарушений. Получены новые данные о влиянии профессионального профиля (социономического и административно-оперативного) на выраженность психических, психосоматических и поведенческих проявлений у женщин – сотрудников органов внутренних дел в ЧС. Впервые разработана и количественно обоснована система стратификации риска развития стресс-ассоциированных расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, основанная на цифровых порогах пяти ключевых кластеров.

**Теоретическая и практическая значимость работы.** Полученные автором закономерности позволили теоретически обосновать систему стратификации риска, основанную на цифровых порогах пяти ключевых кластеров психосоциальных, клинических и профессиональных факторов.

Разработанные критерии риска расширяют методологическую базу изучения психической дезадаптации в условиях ЧС и могут быть использованы для построения моделей прогнозирования, уточнения психодиагностических подходов. Разработана и научно обоснована профилактическая программа предупреждения психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, с предложением по её нормативному закреплению и внедрению в рамках приказа МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Структура и механизмы формирования стресс-ассоциированных психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел специфичны и обусловлены сочетанным влиянием гендерно детерминированных факторов, профессиональных стрессоров и особенностей служебной деятельности, что проявляется повышенной частотой тревожных, стресс-индуцированных и соматоформных нарушений.

2. Клинико-психологическая уязвимость женщин после службы в условиях чрезвычайных ситуаций определяется совокупностью ключевых психосоциальных детерминант – дезадаптивных копинг-стратегий, сниженной жизнестойкости, выраженного аффективного напряжения, соматовегетативной реактивности и нарушений сна; их интегральная оценка является основанием для научно обоснованной стратификации риска.

3. Разработанная комплексная профилактическая программа, включающая многоуровневую систему раннего выявления, индивидуализированную коррекцию модифицируемых факторов риска и элементы укрепления личностных ресурсов, повышает эффективность медико-психологической поддержки женщин – сотрудников ОВД в условиях ЧС и обосновывает необходимость совершенствования ведомственных нормативных документов.

**Легитимность исследования** подтверждена решением локального этического комитета Северного государственного медицинского университета (СГМУ) – протокол № 07/09-2025 от 25.09.2025.

**Методология и методы исследования** включают анализ состояния психического здоровья сотрудников органов внутренних дел, проходивших службу в условиях ЧС, в том числе ретроспективный анализ медико-статистических данных по заболеваемости психическими расстройствами сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг. на основании отчётных форм № 7-ПСИ, выполнено сплошное обследование женщин – сотрудников ОВД г. Москвы и проходивших службу в условиях ЧС, включая прифронтовые территории, согласно действующим нормативным документам МВД России. Эмпирическая часть исследования представлена клиническим обследованием и психологическим тестированием основной респондентов с учётом профессионального профиля и служебного опыта участия в ЧС.

**Степень достоверности и обоснованности результатов** подтверждается достаточным объемом выборки, обоснованными критериями включения, применением комплекса валидизированных методик, а также корректным использованием современных статистических подходов к обработке и интерпретации данных.

**Апробация результатов исследования.** Результаты диссертации доложены и обсуждены на совместном заседании проблемной комиссии СГМУ по гигиене, физиологии труда, экологии и безопасности в ЧС (Архангельск, 2025); на межведомственной конференции «Актуальные вопросы подготовки обучающихся в образовательных организациях свете новых угроз», Шуя, 15 января 2025 года; всероссийской научно-практической конференции с дистанционным и международным участием «Социально-гуманитарные науки и культурные процессы в современном обществе» (Ульяновск, 24–25 октября 2024); симпозиуме «Актуальные проблемы психического здоровья и профилактики зависимости» на научной сессии СГМУ (Архангельск, 19 ноября 2025 г.), заседании Научного совета МВД России (Москва, 2025).

**Область исследования:** в соответствии с Паспортами специальностей ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации: 3.2.6. Безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицинские науки) – по областям исследований: п. 9 – разработка проблем медицинского

сопровождения, профессионального отбора, мониторинга и коррекции работоспособности и состояния здоровья, реабилитации и медицинской экспертизы участников ликвидации последствий ЧС; 3.1.17. – Психиатрия и наркология (медицинские науки): п. 14 – разработка новых форм организации психиатрической и наркологической помощи, профилактики, психотерапии и медико-социальной реабилитации.

**Личный вклад автора.** Автором самостоятельно разработаны концепция и методология исследования, сформированы выборки респондентов, сбор и систематизация первичных данных, проведены клиническое и психологическое обследования респондентов, статистическая обработка и интерпретация полученных результатов, формулирование выводов и подготовка текста диссертации.

**Публикации.** По материалам научной работы автором опубликовано 9 печатных работ, в том числе 6 статей в журналах, рекомендованных действующим перечнем ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, включая 3 статьи, индексируемые в международной реферативной базе данных Scopus.

**Объём и структура диссертации.** Диссертация изложена на 123 страницах машинописного текста, содержит введение, четыре главы, включая обзор научных источников, главу организации и методов исследования, две главы собственных исследований, выводы, практические рекомендации, заключение, список литературы, приложение, иллюстрирована 16 рисунками, 20 таблицами. Библиография состоит из 178 источников, в том числе 82 отечественных и 96 зарубежных авторов.

## **Глава I. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН – СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел сопряжена с высоким уровнем психоэмоционального напряжения, постоянной готовностью к реагированию в ситуациях угрозы жизни, а также с необходимостью принятия ответственных решений в условиях дефицита времени и информации в условиях чрезвычайных ситуаций [22, 94, 103, 111, 129, 168, 172]. Для женщин, работающих в ОВД, воздействие профессионального стресса усугубляется рядом дополнительных факторов: двойной социальной нагрузкой, обусловленной совмещением служебных обязанностей и семейных ролей, гендерными стереотипами, а также необходимостью доказательства профессиональной компетентности в преимущественно мужском коллективе [12, 18, 51, 74, 100, 125, 139, 142]. Современные исследования в области психиатрии и психологии труда свидетельствуют, что у женщин – сотрудников ОВД чаще, чем у мужчин, формируются проявления тревожности, соматоформных расстройств и симптомов эмоционального выгорания, что может быть связано с более высоким уровнем эмпатии и личностной вовлечённости [19, 28, 52, 62, 69, 87, 117]. Кроме того, характер стрессогенных факторов и психопатологических реакций у женщин нередко отличается большей вариативностью и склонностью к хронизации, что требует дифференцированного подхода к профилактике и психокоррекции профессионального стресса в системе МВД России [60, 157].

Согласно данным Международной ассоциации женщин в полиции (International Association of Women Police, IAWP, 2023), в Северной Америке женщины составляют лишь около 13 % от общего числа сотрудников полиции, что указывает на сохраняющееся гендерное неравенство в данной профессиональной среде [83, 113]. Как отмечают M.R. Morash и R.N. Haarr (2012), женщины-полицейские подвергаются воздействию специфических

стрессоров, включая дискриминацию, устойчивые гендерные стереотипы, а также барьеры карьерного роста [139, 140]. Эти факторы усугубляются институциональной структурой полицейских организаций, исторически ориентированной на мужскую модель поведения, в которой преобладают иерархия, доминирование и гипермаскулинность [101, 157].

По мнению L.M. Brown и соавт. (2020), существующая организационная культура способствует маргинализации женщин, ограничению их профессионального признания и усилению психологического давления [100]. Исследования D.L. Kurtz показывают, что женщины, совмещающие профессиональные и семейные роли, сталкиваются с более выраженным стрессом по сравнению с мужчинами коллегами, особенно в контексте ожиданий и оценки их профессиональной состоятельности [125]. Дополнительными дестабилизирующими факторами выступают сексуальные домогательства, недоверие со стороны как граждан, так и коллег, а также ощущение изоляции внутри профессиональной среды [88, 130, 159]. Это значительно повышает риск развития эмоционального выгорания и психических нарушений у женщин в полицейской службе [139].

По мнению J.M. Violanti, S.L. Owens и E.C. McCanlies [172], ранее проведённые обзоры были сосредоточены преимущественно на феномене профессионального стресса в полиции в целом, без учёта гендерной специфики. Согласно исследованиям M.R. Morash и R.N. Haarr [139], акцент нередко делался лишь на отдельных аспектах, таких как дискриминационные практики или случаи сексуальных домогательств. Такой фрагментарный подход существенно ограничивает возможности комплексного анализа многофакторного воздействия стресса в ЧС, которому подвергаются женщины – сотрудники ОВД, и снижает валидность разрабатываемых интервенционных и профилактических стратегий [84, 112, 161].

## **1.1. Особенности профессионального стресса у женщин – сотрудников ОВД**

Систематический анализ 43 эмпирических исследований показывает, что профессиональный стресс у женщин – сотрудников ОВД имеет устойчивую гендерно-специфическую структуру, особенно в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС). По мнению J.M. Violanti и коллег [172], даже при растущем количестве публикаций в данной области остаётся недостаточно разработанным комплексный подход к изучению женского стрессового опыта, что ограничивает качество профилактических и реабилитационных мероприятий. Одним из ключевых источников хронического дистресса у женщин выступает институциональная дискриминация, проявляющаяся как в сниженных возможностях продвижения, так и в необходимости постоянного подтверждения компетентности, особенно при выполнении задач повышенной опасности и работы в зонах ЧС [139,159, 160].

Важным фактором профессионального стресса является изоляция женщин внутри маскулинной организационной культуры. По мнению M. Silvestri [157], женщины, особенно участвующие в оперативных действиях в чрезвычайных условиях, нередко оказываются исключёнными из неформальных профессиональных сетей, что усиливает субъективное чувство одиночества и снижает доступ к ресурсам организационной поддержки. Эти ограничения проявляются и в повседневной профессиональной практике: исследования L. Lonsway и коллег [130], а также D.L. Kurtz [125], указывают на высокую распространённость сексуализированного и психологического харассмента, который усиливает симптомы тревоги, депрессии и эмоционального выгорания среди женщин – сотрудников ОВД.

Значимую роль в развитии профессионального стресса играют ролевые конфликты, возникающие в условиях совмещения служебных обязанностей и семейных функций. Работы И.В. Бондаря, М.А. Григорьевой и Т.В. Филиповой [12, 18, 74] подчёркивают, что нерегламентированный график службы,

повышенная интенсивность нагрузки, участие в ликвидации последствий ЧС и недостаток гибких кадровых решений существенно повышают уровень эмоционального дистресса у женщин. Это подтверждается и зарубежными исследованиями: согласно R.N. Carleton и коллегам [106], а также S. Maguen и соавторам [134], женщины, задействованные в выполнении оперативных задач в экстремальных условиях, демонстрируют более высокие уровни тревожных, депрессивных и посттравматических симптомов, чем мужчины, выполняющие аналогичные функции [163, 165].

Способы совладания со стрессом у женщин отличаются широким спектром стратегий. По мнению Т.Л. Крюковой [36] и А.М. Liberman с коллегами [129], женщины используют как конструктивные формы адаптации – обращение за социальной поддержкой, участие в групповых программах, развитие коммуникативных навыков, так и деструктивные – включая избегание, эмоциональное подавление и зависимое поведение. Эти данные согласуются с результатами М.Т. Luciano и соавторов [132], выявивших связь между стрессовой нагрузкой, недостатком эмоциональной регуляции и риском развития аддиктивных паттернов.

Комплекс проблем усиливается в условиях ЧС: участие в ликвидации последствий катастроф, выполнении задач в условиях угрозы жизни, взаимодействие с пострадавшими и работа в условиях оперативной неопределённости приводят к высокой частоте адаптационных нарушений и эмоциональной дезорганизации. По данным российских авторов Т.В. Филипповой, М.В. Двинских и других [19, 74], женщины, работающие в зонах чрезвычайных ситуаций, чаще демонстрируют нарушения сна, повышенную эмоциональную реактивность, симптомы тревожно-депрессивного спектра, что подтверждает их повышенную психофизиологическую уязвимость.

В совокупности существующие данные свидетельствуют о высокой степени институциональной и социальной уязвимости женщин в условиях службы в органах внутренних дел [158, 166]. Это подчёркивает необходимость внедрения гендерно-чувствительных механизмов организационной поддержки

[9, 154, 169], повышения доступности психологической помощи, а также разработки специализированных профилактических программ, нацеленных на снижение рисков профессиональной дезадаптации и психических расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций [150].

## **1.2. Психические расстройства у женщин – сотрудников ОВД при воздействии стресс-факторов чрезвычайных ситуаций**

Согласно имеющимся исследованиям, воздействие экстремальных факторов чрезвычайных ситуаций оказывает выраженное психотравмирующее влияние на женщин, проходящих службу в ОВД [107, 120]. Профессиональная деятельность в контексте ЧС включает широкий спектр стрессогенных воздействий: угрозу жизни, наблюдение травмирующих событий (тяжёлых травм и смертей), контакты с пострадавшими, участие в эвакуационных и спасательных работах, работу в условиях хаоса, дефицита времени и неопределённости [20, 111, 153]. Как показывают исследования М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкиной, Н.С. Зайцевой и коллег [19, 24, 28], подобные условия способствуют формированию выраженных эмоциональных и психофизиологических нарушений у женщин, включая тревожные реакции, симптомы депрессии, соматоформные расстройства и дезадаптационные состояния.

Согласно данным исследований в области боевого и оперативного стресса, женщины, работающие в условиях ЧС, демонстрируют большую чувствительность к стрессовым воздействиям, чем мужчины [21, 41, 78]. По мнению R.N. Carleton и соавторов [106], а также S. Maguen и коллег [134], даже при равной интенсивности угрозы женщины часто имеют тревожно-депрессивные проявления, нарушения сна, навязчивые воспоминания и эмоциональную гиперреактивность. Эти данные согласуются с российскими наблюдениями: исследования И.В. Бондаря и Т.В. Филипповой [12, 18] показывают, что женщины в условиях ЧС чаще сообщают о сниженной жизнестойкости, усилении негативного повторяющегося мышления и трудностях

эмоциональной регуляции, что повышает вероятность перехода функциональных нарушений в клинически значимые психические расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одной из форм психической дезадаптации у женщин в условиях ЧС [27, 46]. По данным О.А. Сагалаковой и коллег [61], у женщин, подвергшихся воздействию травматических событий высокой интенсивности, чаще регистрируются симптомы вторичной виктимизации, диссоциации, избегания и гипернастороженности. Результаты исследований Ю.В. Украинцевой и Е.А. Черемушкина [69] показывают, что нарушения сна – частый компонент женского ПТСР – не только ухудшают эмоциональное состояние, но и являются предиктором хронизации расстройства. Работа Е.А. Темниковой [68], выявила связь между ПТСР у женщин и повышенным риском соматических осложнений, включая артериальную гипертензию, сердечно-сосудистые нарушения и болевые синдромы.

И.В. Станченков и коллеги отмечают, что снижение показателей психической адаптации после воздействия боевых стрессоров характерно для всех сотрудников, однако у женщин оно проявляется интенсивнее и сопровождается большей выраженностью астенических, тревожных и депрессивных симптомов [64].

Важной составляющей психической дезадаптации у женщин в условиях ЧС являются социально-психологические факторы. Согласно исследованиям М. Silvestri [157], В. Angehrn и коллег [86], а также российских авторов М.А. Григорьевой и Т.В. Филипповой [18, 74], участие в ЧС сопровождается усилением чувства социальной изоляции, снижением организационной поддержки, конфликтами ролей, стигматизацией обращений за психологической помощью, препятствующими восстановлению. Указанные факторы играют роль не только фоновых условий, но и непосредственных механизмов, усиливающих выраженность психопатологических реакций и повышающих риск формирования ПТСР. Систематизация особенности психических расстройств у женщин участников ЧС представлена в таблице 1.

**Таблица 1** – Типы психических расстройств у женщин – сотрудников ОВД в условиях чрезвычайных ситуаций

Тип психического расстройства	Клинические проявления	Ключевые триггеры в условиях ЧС	Источники
Острые стрессовые реакции (ОСР)	Психомоторное возбуждение или заторможенность, дезориентация, панические реакции, нарушения сна, выраженная тревога	Непосредственная угроза жизни, свидетельство травмы, участие в спасательных и эвакуационных операциях, сенсорная перегрузка	[19; 28; 32; 106]
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Навязчивые воспоминания, флэшбеки, избегание, гипервозбуждение, эмоциональная онемелость, диссоциация	Травматические события высокой интенсивности; боевые эпизоды; работа с пострадавшими и телами погибших; повторные ЧС	[61; 68; 69; 106; 134]
Тревожные расстройства (ГТР, панические приступы, фобические реакции)	Генерализованная тревога, напряжение, соматические эквиваленты тревоги, страх повторения ЧС	Оперативная неопределённость, высокий уровень ответственности, угрозы для жизни, недостаток организационной поддержки	[18; 24; 28; 139]
Депрессивные расстройства	Сниженное настроение, ангедония, утомляемость, чувство вины, нарушения сна	Хронический стресс, ролевой конфликт (служба–семья), организационная дискриминация, отсутствие поддержки после ЧС	[12; 18; 74; 132; 134]
Адаптационные расстройства	Эмоциональная лабильность, нарушения поведения, снижение продуктивности, трудности адаптации	Резкие изменения условий службы, перераспределение ролей в ЧС, повышение нагрузки, участие в ликвидации последствий катастроф	[23; 64; 157]

Таблица 1 (продолжение)

Соматоформные и психосоматические расстройства	Кардиалгии, головные боли, боли в спине, желудочно-кишечные нарушения, повышенное давление	Хроническое напряжение, нарушения сна, эмоциональная перегрузка, длительное участие в ЧС	[18; 68; 69]
Расстройства сна (инсомния, нарушение архитектуры сна)	Трудности засыпания, частые пробуждения, кошмарные сновидения	Ночная служба, высокий уровень тревоги, переработки в ЧС, переживание травматических событий	[69; 132; 18]
Диссоциативные симптомы	дереализация, деперсонализация, расщепление опыта, «эмоциональное отключение»	Высокоинтенсивные травматические события, угрозы жизни, работа с массовыми пострадавшими	[61; 139]
Аддиктивные расстройства (стресс-индуцированные)	Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами, компульсивное поведение	Хроническое эмоциональное истощение, отсутствие поддержки, стигматизация обращения за помощью	[132; 157]
Выгорание (эмоциональное, профессиональное)	Эмоциональная истощённость, цинизм, снижение удовлетворённости службой	Длительная работа в условиях ЧС, нехватка кадров, сексуализированная и организационная агрессия, «невидимый труд»	[125; 130; 157]

По мнению А.В. Есипова и соавторов [23], эффективное оказание медико-психологической помощи женщинам, пережившим ЧС, требует учёта этих гендерных особенностей, поскольку стандартные программы, ориентированные преимущественно на мужскую модель реагирования, оказываются недостаточно результативными. Ряд исследователей подчёркивают, что высокая эмоциональная нагрузка при выполнении задач в ЧС приводит у женщин к формированию негативных когнитивных паттернов, включая катастрофизацию, чувство вины и возложенную ответственность за исход событий. По мнению В. Danermark, R. Edwards и М. Kjorstad [153, 154, 155], подобные когнитивные механизмы активируются при сочетании травматического воздействия и структурных факторов рабочего окружения, что соответствует реальности работы женщин – сотрудников ОВД в условиях ЧС.

Воздействие стресс-факторов ЧС на женщин – сотрудников ОВД характеризуется многослойностью и включает биопсихосоциальные компоненты: острые эмоциональные реакции, нарушение механизмов совладания, дефицит социальной поддержки, институциональную дискриминацию и маскулинные культурные ожидания [121, 127, 178]. Указанные факторы в комплексе формируют высокий риск развития тревожных, депрессивных, адаптационных и посттравматических расстройств, что подчёркивает необходимость создания гендерно-чувствительных, научно обоснованных программ психопрофилактики и реабилитации.

### **1.3. Социальные факторы, способствующие психической дезадаптации в чрезвычайных условиях профессиональной деятельности у женщин – сотрудников ОВД**

Психическая дезадаптация женщин – сотрудников ОВД в условиях чрезвычайных ситуаций формируется под влиянием не только индивидуально-психологических и организационных факторов, но и сложного комплекса социальных условий, которые усиливают восприимчивость женщин

к экстремальным воздействиям [175]. Согласно исследованиям, социальная среда подразделений органов внутренних дел – включая нормы, ожидания, традиции, межличностные отношения и институциональные механизмы – выступает ключевым посредником между внешними стрессогенными факторами ЧС и развитием психических нарушений у женщин [1, 25, 51].

Согласно мнению А. Vikos [92], значимым источником хронического стресса выступают ограничения карьерного роста, неравномерный доступ к профессиональным возможностям и недостаток «социального капитала», особенно в периоды оперативной напряжённости и ЧС, когда перераспределение полномочий обостряется. Эти выводы подтверждаются исследованиями С. Воаg-Munroe [94], J. Hartley и коллег [120], К.С. Magnus [131], а также Т. О’Connor Shelley и соавторов [149], выделяющих институциональную дискриминацию как системный фактор профессиональной уязвимости женщин в условиях экстремальных нагрузок. В условиях ЧС, когда требуется быстрое принятие решений, женщины нередко исключаются из стратегически значимых ролей, что усиливает чувство профессиональной маргинализации и снижает восприятие собственной компетентности.

Важным социальным фактором является ролевой конфликт. Согласно исследованиям И.В. Бондаря [12], М.А. Григорьевой [18], совмещение материнства, семейных обязанностей и службы в ОВД становится особенно затруднённым в условиях ЧС, когда возрастает интенсивность нагрузки, увеличивается количество сверхурочных смен, а риск для жизни становится непосредственным. Данные факторы усиливают эмоциональную напряжённость, повышают риск развития тревожных и депрессивных симптомов, а также способствуют формированию хронической усталости и выгорания [145, 156].

Согласно исследованиям М. Silvestri [157] и В. Angehrn с коллегами [86], чрезвычайные ситуации усиливают структурную маскулинность полицейской культуры: в кризисных условиях доминируют установки, связывающие компетентность с физической силой, решительностью и жёсткостью –

качествами, которые традиционно рассматриваются как «мужские». Мужчины воспринимаются руководством как более подходящие кандидаты для выполнения сложных оперативных задач, тогда как женщинам поручают коммуникационные, административные обязанности или «эмоционально нагруженные» функции [75, 93]. Подобная сегрегация лишает женщин возможности накопления критически важного опыта действий в условиях риска, снижая их профессиональную легитимность и усиливая чувство изоляции [91, 141].

Важное значение имеет феномен сексуализированной агрессии, который, согласно данным Т. Brown и коллег [101], К.А. Lonsway и соавторов [130], а также российских исследователей О.А. Сагалаковой и коллег [61], является одним из наиболее травматичных факторов профессиональной среды для женщин. В условиях ЧС, когда увеличивается хаотичность процессов и снижается контроль со стороны руководства, вероятность проявления скрытых или открытых форм харассмента возрастает. По мнению Т. O'Connor Shelley и коллег [149], культура молчаливого принятия и отсутствие эффективных механизмов защиты приводят к вторичной виктимизации женщин и повышают риск формирования тревожных и посттравматических расстройств.

Социальная поддержка играет ключевую роль в профилактике психической дезадаптации. Согласно работам В. Angehrn и коллег [86, 87], низкий уровень командной и межличностной поддержки является одним из главных предикторов эмоционального истощения и повышения симптоматики психических расстройств среди женщин в условиях ЧС. Исследования С. Schulze [150] и D. Langan [127], М. Patton [151] показывают, что недостаточная институциональная поддержка в период беременности, родов и возвращения на службу после декретного отпуска снижает чувство безопасности и повышает вероятность хронического стресса, особенно при работе в экстремальных ситуациях.

Социокультурные механизмы предвзятости и стигматизации также усиливают психическую дезадаптацию. По мнению М. В. Rabichuk [145],

патриархальные модели иерархии и гендерных ролей, воспроизводимые через нарративы и организационные практики, нормализуют дискриминацию и повышают уязвимость женщин к психотравмирующим воздействиям ЧС. Подобные выводы подтверждают А. Alcocer Guajardo [85], J. Cunningham и Р. Ramshaw [109], отмечающие, что структурная асимметрия сохраняется даже в период общественных волнений или чрезвычайных ситуаций, когда временные функциональные «ослабления» не приводят к устойчивой трансформации системы.

Социальные факторы – институциональная дискриминация, ролевой конфликт, недостаток организационной поддержки, маскулинная профессиональная культура, харассмент, стигматизация психических проблем и ограниченность карьерных перспектив – выступают самостоятельными и значимыми детерминантами психической дезадаптации женщин – сотрудников ОВД в условиях ЧС [114]. Их влияние носит кумулятивный характер, усиливая выраженность психопатологических реакций и увеличивая риск формирования хронических тревожных, депрессивных, адаптационных и посттравматических расстройств [117]. Это подчёркивает необходимость разработки целостных, гендерно чувствительных моделей организационного сопровождения и психологической поддержки женщин, задействованных в деятельности в ЧС.

#### **1.4. Механизмы психической дезадаптации женщин в условиях чрезвычайных ситуаций (биопсихосоциальный подход)**

Механизмы психической дезадаптации женщин, проходящих службу в ОВД и задействованных в чрезвычайных ситуациях, рассматриваются в современных исследованиях как результат пересечения биологических реакций стресса, индивидуально-психологических особенностей и социальных условий служебной среды. Согласно данным В.А. Абрамова [1], воздействие экстремальных факторов высокоинтенсивной травматичности приводит к выраженной активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы

и симпатoadреналовой реакции, что у женщин нередко сопровождается нарушением процессов восстановления и повышением вероятности формирования тревожных и посттравматических расстройств. У женщин, находящихся в условиях острого угрозопереживания и оперативной неопределённости, биологические механизмы стресса активируются быстрее и сохраняются дольше, чем у мужчин, что проявляется повышенной эмоциональной реактивностью, дезадаптивными вегетативными реакциями и нарушениями сна [6, 11, 52].

Психологические механизмы дезадаптации подробно описаны в исследованиях Е.А. Сорокко [63], выявившего, что женщины чаще демонстрируют усиленную эмоциональную переработку травматических событий, а также склонность к формированию устойчивых тревожно-депрессивных когнитивных паттернов. Дисфункциональные установки и тенденция к избыточной саморефлексии усиливаются при воздействии травмы высокой интенсивности, характерной для участия в ЧС, что приводит к росту симптомов эмоционального напряжения, истощения и избегания [58]. Диссоциативные феномены, включая дереализацию и деперсонализацию, встречаются у женщин-сотрудников чаще при выполнении служебных задач в экстремальных условиях, что ухудшает способность к оперативному контролю поведения и обработке критической информации [2, 14].

Существенную роль играют социальные механизмы профессиональной среды [15, 26, 38]. Согласно выводам Т.М. Бормотовой [13], полицейская культура, основанная на нормативной маскулинности и стратегии «эмоциональной неуязвимости», препятствует использованию женщинами конструктивных способов совладания, снижает вероятность обращения за психологической помощью и усиливает маргинализацию работников, проявляющих эмоциональную реактивность на стресс ЧС. Стигматизация психических проблем внутри служебного коллектива приводит к скрытому течению тревожных и адаптационных расстройств, что затрудняет

своевременную диагностику и увеличивает риски хронизации симптомов [82, 110].

Л.Р. Щербенко описала механизмы эмоциональной маскировки: женщины в подразделениях ОВД, работающие в условиях интенсивного стресса, вынуждены подавлять выраженные эмоциональные реакции, чтобы соответствовать культурным ожиданиям профессиональной среды, что приводит к постепенному накоплению внутреннего напряжения [81]. Согласно исследованиям К. Boydell и коллег, такие стратегии сопровождаются ростом соматизации, увеличением числа функциональных жалоб и снижением эффективности регуляции стрессовых состояний [97]. Механизм особенно выражен в ситуациях чрезвычайного характера, когда требуется длительное поддержание готовности к реагированию, высокая плотность стрессового воздействия и дефицит внешней поддержки [99, 135].

При работе в ЧС женщины испытывают высокую нагрузку, связанную не только с внешними травматическими обстоятельствами, но и с внутренними организационными противоречиями: дефицитом доверия со стороны руководства, неопределённостью распределения ролей и недостатком институциональной поддержки в условиях оперативного напряжения [148]. При сочетании экстремальных условий и низкой социальной поддержки вероятность формирования дезадаптационных реакций увеличивается кратно, а динамика восстановления после травмы существенно замедляется [40, 53, 80].

Важную роль в механизмах дезадаптации играет дефицит социальных ресурсов, связывающий биологическую реактивность и психологическую уязвимость с организационными структурами. Согласно данным С.Р. Brewin, [89], женщины, задействованные в ликвидации последствий катастроф, часто сталкиваются с несбалансированным распределением служебной нагрузки, отсутствием чётко регламентированных протоколов психологической безопасности и недостатком внешней поддержки, что способствует формированию устойчивого эмоционального истощения. В исследовании М. Bastarache [88] показано, что восприятие угрозы и незащищённости

в служебной среде усиливается под воздействием организационной неопределённости, что повышает риск тревожно-депрессивных нарушений при участии в ЧС.

Публикация Д.В. Русецкой подчеркивает, что в условиях экстремальных нагрузок женщины демонстрируют более высокую частоту когнитивных нарушений – сниженной концентрации, затруднений переключения внимания и замедления обработки информации – что связано с совмещённым воздействием физиологических и эмоциональных факторов [59]. В.В. Пешков отмечает роль хронического недосыпания и переработки в формировании устойчивой астенизации у женщин, задействованных в оперативных действиях в период чрезвычайных ситуаций [55].

Биологический компонент биопсихосоциального подхода опирается на представление о том, что воздействие ЧС активирует специфические нейрофизиологические механизмы стресса, определяющие индивидуальные различия в уязвимости женщин к психическим нарушениям [57]. Экстремальные стрессоры приводят к выраженной активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, формируя стойкий гормональный дисбаланс и вызывая нарушения циркадных ритмов, что способствует развитию тревожных и посттравматических симптомов [71, 72]. У женщин реакция ГГН-оси на угрозу характеризуется большей продолжительностью и амплитудой, чем у мужчин, что связано с гормональными особенностями, повышенной чувствительностью к внешним стрессорам и более выраженными вегетативными реакциями [3, 7]. Эти биологические механизмы усиливаются в условиях оперативной неопределённости и высокой травматичности ЧС, что приводит к нарушению процессов восстановления, снижению устойчивости нервной системы и формированию соматовегетативных нарушений, включая тахикардию, артериальную гипертензию и функциональные болевые синдромы [4, 8, 37].

Нейрофизиологические последствия участия в ЧС у женщин включают нарушение регуляции эмоций, устойчивое повышение уровня кортизола и изменение функционирования автономной нервной системы, что снижает

стрессоустойчивость и ухудшает качество когнитивных процессов [43, 54, 70, 73]. Хроническая перегрузка стрессовыми факторами ведёт к снижению variability сердечного ритма, ухудшению памяти, нарушению процессов концентрации и снижению эффективности принятия решений – особенно в условиях ограниченного времени и высокой сенсорной нагрузки [76, 77, 95, 105]. Исследования подчёркивают роль руминативной переработки травматического опыта, сопровождающейся усилением отрицательной эмоциональной реакции и повышением уровня физиологического возбуждения, что способствует развитию посттравматических и тревожных расстройств [5, 16, 29, 56, 124]. Регулярные ночные смены и переработки в ЧС вызывают устойчивую десинхронизацию циркадных ритмов, усиливающую астенизацию, эмоциональное истощение и соматические проявления стресса [58, 62, 126, 164]. Комплексная активация этих биологических механизмов формирует основу повышенной уязвимости женщин к стресс-индуцированным психическим нарушениям в условиях чрезвычайной деятельности [136, 142, 170].

Механизмы психической дезадаптации женщин в условиях чрезвычайных ситуаций формируются под влиянием биологических (повышенная реактивность систем стресса, нарушения сна и нейровегетативной регуляции), психологических (эмоциональная чувствительность, руминативные установки, склонность к диссоциации) и социальных факторов (маскулинная культура, стигматизация, дефицит поддержки, ролевые противоречия).

### **1.5. Гендерно-чувствительные направления профилактики психической дезадаптации женщин в условиях чрезвычайных ситуаций**

Согласно позиции F.H. Norris и коллег, женщины, участвующие в ликвидации последствий кризисов, демонстрируют более высокий уровень тревожности, нарушения сна и симптомов вторичного травматического стресса, что требует структурированного психопрофилактического сопровождения [143]. A.J. Noblet и соавт. показывают, что традиционные модели стресс-менеджмента,

разработанные для смешанных или преимущественно мужских коллективов, оказываются недостаточно эффективными в отношении женщин, поскольку не учитывают влияние специфических факторов – стигматизации проявлений уязвимости, ролевого конфликта и повышенной социальной нагрузки вне службы [144].

Ключевым направлением профилактики выступает создание системы раннего выявления симптомов психической дезадаптации с учётом гендерно обусловленных проявлений. Женщины чаще демонстрируют соматизированные формы стресса, включая головную боль, нарушения желудочно-кишечного тракта, аритмии и хроническое мышечное напряжение, что нередко остаётся без должного внимания в условиях оперативной деятельности [146]. В исследованиях R. Yehuda подчёркивается необходимость адаптации скрининговых инструментов ПТСР для женщин, поскольку их клинические проявления отличаются более выраженной диссоциацией, а также повышенной чувствительностью к межличностным стрессорам, включая конфликтные взаимодействия в подразделении [176].

Организационная профилактика должна включать развитие защищённых каналов получения психологической помощи [10, 30, 34]. Женщины в силовых структурах чаще избегают обращаться за поддержкой из-за страха негативной оценки и риска карьерных последствий [35]. В условиях чрезвычайных ситуаций это приводит к накоплению неадаптивного стресса и повышению вероятности ПТСР [31, 42, 65]. Опыт внедрения подобных систем, демонстрирует, что доступность конфиденциальных консультаций и возможность обращения к специалисту без уведомления руководства существенно снижает выраженность симптомов эмоционального выгорания [66, 90].

Значимым направлением является развитие программ социального и профессионального менторства [96, 102, 108]. По результатам исследований Н. Greene, наличие наставника – особенно среди руководителей женского пола – снижает риск профессиональной изоляции и способствует формированию

позитивной профессиональной идентичности, что крайне важно при выполнении задач в условиях ЧС [115]. Менторские модели показали высокую эффективность в снижении субъективного восприятия угрозы, формировании навыков эмоциональной регуляции и повышении устойчивости к травматическому воздействию [116, 122, 137].

Особое место занимает профилактика ролевого конфликта «служба – семья», который усиливается при направлении женщин в зоны чрезвычайных ситуаций [143, 147]. D. Moore и коллеги [138] убеждённо указывают, что политика гибкого распределения служебных обязанностей, возможности временного перераспределения нагрузки и наличие социальных гарантий существенно снижают риски эмоциональной дезадаптации. Эти выводы согласуются с рекомендациями российских авторов, в частности С.А. Говорова, [17] и С.Т. Taft [167], подчёркивающих необходимость институциональной поддержки женщин, участвующих в кризисных операциях, включая формирование чётких маршрутов получения психологической помощи и снижение избыточной нагрузки после возвращения из зон ЧС.

Важным направлением профилактики является снижение уровня организационной стигматизации психического здоровья. Согласно позициям В.М. Thompson и соавт., стигма внутри полицейских коллективов становится ключевым барьером для получения помощи, особенно среди женщин, испытывающих давление необходимости демонстрации «профессиональной стойкости» [168]. Создание программ по борьбе с предвзятостью, обучение руководителей навыкам поддержки подчинённых в условиях ЧС, а также нормативное закрепление гендерно-чувствительных подходов – меры, которые значительно повышают эффективность профилактики психической дезадаптации среди женщин – сотрудников ОВД [171].

Проведённый анализ отечественных и зарубежных исследований демонстрирует, что профессиональный стресс у женщин – сотрудников ОВД имеет выраженную гендерную специфику, формируемую сочетанием институциональных, культурных, социальных и биопсихологических факторов.

Наиболее значимыми стрессорами выступают гендерная дискриминация, сексуализированное и психологическое давление, ролевой конфликт «служба – семья», ограниченные возможности карьерного роста и недостаток социальной поддержки [173]. Эти факторы значительно усиливаются при выполнении задач в условиях чрезвычайных ситуаций, где повышаются требования к психологической устойчивости и оперативному реагированию [174].

Женщины чаще сталкиваются с эмоциональной и профессиональной изоляцией, а маскулинная организационная культура способствует маргинализации, снижению включённости в командные процессы и перераспределению служебных обязанностей в пользу менее престижных и эмоционально нагруженных направлений [162]. Это создаёт предпосылки для формирования выраженных дезадаптационных реакций, включая тревожные, депрессивные, соматоформные проявления и симптомы посттравматического стресса [33, 67]. Согласно современным данным, женщины – сотрудники ОВД демонстрируют более высокие уровни психического дистресса по сравнению с мужчинами, что во многом связано не только с объективными условиями службы, но и с особенностями социального опыта, нормативных ожиданий и специфики организационного контекста [79, 98, 103].

Выявлено, что участие женщин в ЧС сопряжено с дополнительными рисками: повышенной вероятностью вторичной травматизации, усилением ролевого конфликта, воздействием стигматизирующих установок и снижением эффективности традиционных методов психологической поддержки [104, 118]. Недостаточная разработанность гендерно-чувствительных моделей профилактики и отсутствие в нормативных документах подходов, учитывающих гендерные различия в переживании стресса, приводит к снижению эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий [119, 123, 128].

В биопсихосоциальной перспективе психическая дезадаптация женщин в условиях ЧС формируется под влиянием биологических (дисрегуляция ГГН-оси, нарушения сна, повышенная реактивность автономной нервной системы),

психологических (эмоциональная дисрегуляция, руминативные и диссоциативные реакции, низкая жизнестойкость) и социальных факторов (дискриминация, стигма, недостаток поддержки, организационная культура). Их кумулятивное воздействие определяет более высокую уязвимость женщин к стрессу и необходимость комплексных многоуровневых вмешательств [133, 152].

Что диктует необходимость разработки и гендерно-чувствительных мер профилактики, организационной поддержки, программ психологической подготовки и механизмов раннего выявления рисков психической дезадаптации у женщин, привлекаемых к служебной деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций, что позволит повысить устойчивость персонала, снизить вероятность профессионального выгорания и улучшить показатели психического здоровья в подразделениях органов внутренних дел.

## Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Организация исследования

На первом этапе проведен анализ медико-статистических показателей заболеваемости психическими расстройствами сотрудников ОВД г. Москвы на основании ежегодных отчетных форм № 7-ПСИ, предоставленных медицинскими организациями, подведомственными МВД России и дислоцированными в г. Москве, за период с 2008 по 2024 гг.

На втором этапе проведено сплошное исследование женщин – сотрудников органов внутренних дел г. Москвы и прошедших службу в условиях ЧС, включая прифронтовые территории, с последующим медицинским и психологическим обследованием в соответствии с приказом МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (приказ МВД России № 5) [44]. Дизайн исследования представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 – Дизайн исследования

## 2.2. Характеристика выборки респондентов

В основную группу включено 128 женщин (48,9 %), проходивших службу в подразделениях различного профиля: миграционной службы МВД России; медицинских подразделений; подразделений по работе с личным составом. Средний возраст респондентов составил  $41 \pm 3,2$  лет. Для учёта профессиональной специфики женщины были дифференцированы на две подгруппы: 1-я подгруппа (социально-экономические профессии) – 63 сотрудницы (49,2 %), выполняющие деятельность, связанную с интенсивным межличностным взаимодействием и высоким эмоциональным напряжением (врачи, психологи), 2-я подгруппа (административно-оперативные профессии) – 65 сотрудниц (50,8 %), занятых преимущественно регламентной, организационно-контрольной и оперативно-служебной деятельностью.

В группу сравнения включены 134 мужчины (51,1 %), сотрудники ОВД, также проходившие службу в прифронтовых территориях и обследованные по нормативам приказа МВД России № 5, средний возраст которых –  $42 \pm 3,1$  лет.

**Критерии включения в исследование:** женщины – сотрудники ОВД г. Москвы (миграционной службы МВД России; медицинских подразделений; подразделений по работе с личным составом), не имеющие хронических соматических заболеваний, психических расстройств и нарушений поведения; проходившие службу в условиях ЧС, на прифронтовых территориях; добровольное согласие на проведение клинического и психологического обследования.

**Критерии невключения в исследование:** женщины, работающие в системе МВД России, не имеющие специальных званий; женщины, страдающие хроническими соматическими заболеваниями; женщины, не проходившие службу в чрезвычайных ситуациях; имеющие в анамнезе психические расстройства и нарушения поведения.

**Критерии исключения из исследования:** отказ от участия в исследовании на любом этапе.

### 2.3. Методы и методики исследования

1. Клинический (анамнез, психопатологическое обследование, комплекс инструментальных и лабораторных исследований, предусмотренный Приказом МВД России № 5, включающий: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования крови, ЭКГ).

2. Психопатологический.

3. Психологическое тестирование.

#### Методики исследования

1. Опросник Trauma Screening Questionnaire (TSQ) – для определения риска ПТСР: пороговое значение методики 6 баллов, при котором человека следует отнести к группе риска [50].

2. Опросник клинической тревоги и депрессии (HADS) – для выявления наличия и степени выраженности тревоги и депрессии с учетом показателя по каждой подшкале: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога /депрессия [177].

3. Опросник удовлетворенности работой, JSS, включающий следующие шкалы: зарплата, карьера, руководство, дополнительные льготы, зависимые вознаграждения, условия выполнения, коллеги, характер работы, информирование, интегральный показатель удовлетворенности работой [120].

4. Тест «Копинг-стратегии» (адаптация методики Ways of Coping Questionnaire Лазаруса и Фолкмана, в русской версии – тест стратегии совладающего поведения) представляет собой психодиагностический инструмент, предназначенный для оценки индивидуальных способов совладания с трудными жизненными ситуациями, для выявления психологических стратегий, используемых человеком для преодоления стрессов и адаптации [39].

5. Тест жизнестойкости Леонтьева Д.А. и Рассказовой Е.И. представляет собой психодиагностический инструмент, разработанный на основе концепции

hardiness Мадди (Kobasa, Maddi). Он предназначен для количественной оценки уровня жизнестойкости – личностного ресурса, способствующего устойчивости к стрессу и сохранению психического здоровья в условиях неблагоприятных воздействий. Результаты позволяют определить как общий уровень жизнестойкости, так и выраженность отдельных компонентов. Методика широко применяется в исследованиях, связанных с профессиональным стрессом, кризисными ситуациями и адаптацией к экстремальным условиям [39].

**Статистическая обработка результатов исследования** выполнялась в программной среде IBM SPSS Statistics версии 27. При анализе ретроспективных данных использовались методы расчёта динамических рядов: общая заболеваемость и заболеваемость по нозологическим рубрикам вычислялись как число зарегистрированных случаев, приходящееся на 1 000 сотрудников (%), абсолютный прирост определялся как разность между значением текущего и предыдущего года, темп роста (%) рассчитывался как отношение показателя текущего года к уровню предыдущего года, умноженное на 100 %, темп прироста (%) определялся как темп роста минус 100 %, а базисный индекс рассчитывался как отношение уровня каждого года к значению 2008 года (2008 = 100 %). Показатели временной утраты трудоспособности рассчитывались как частота случаев на 1 000 сотрудников, общее число дней нетрудоспособности и средняя длительность одного случая, полученная делением суммарного количества дней нетрудоспособности на число зарегистрированных эпизодов.

Перед межгрупповым сравнением распределение количественных переменных проверялось с использованием критерия Колмогорова–Смирнова и визуального анализа гистограмм, а также оценкой асимметрии и эксцесса. Для всех количественных показателей определялись средние значения, стандартные отклонения, минимальные и максимальные величины. При нормальном распределении применялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок, при отклонении распределения от нормального закона использовался U-критерий

Манна–Уитни. Различия по категориальным переменным анализировались с использованием  $\chi^2$ -критерия Пирсона. Уровень статистической значимости во всех процедурах устанавливался на уровне  $p < 0,05$ .

Для выявления латентных взаимосвязей между клиническими, психологическими и физиологическими переменными применялся эксплораторный факторный анализ методом главных компонент (РСА) с ортогональным вращением Varimax. Отбор факторов осуществлялся по критерию собственных значений более 1,0 (Kaiser), в факторную структуру включались нагрузки не менее 0,40, рассчитывался вклад каждого фактора в общую дисперсию. По результатам факторного анализа формировалась обобщённая факторная модель, отражающая структуру взаимосвязей между ключевыми характеристиками состояния сотрудников.

Разработка стратификационной системы риска осуществлялась на основе результатов факторного анализа и статистически значимых распределений психологических, клинических и физиологических показателей. Для каждого кластера определялись цифровые пороги, соответствующие низким, средним и высоким уровням выраженности, при этом границы уровней выводились по распределениям выборки и межгрупповым различиям. Частные оценки по каждому кластеру присваивались в виде 0, 1 или 2 баллов. Интегральный риск-балл рассчитывался как сумма частных оценок и использовался для количественного отнесения сотрудника к низкому, среднему или высокому уровню риска. Вся процедура формирования порогов и интегрального индекса опиралась на статистическую проверку различий и устойчивость распределений по ключевым показателям.

### **Глава III. ГЕНДЕРНЫЕ И СЛУЖЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СТРЕСС-ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

#### **3.1. Региональные особенности динамики общей заболеваемости психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации в г. Москве**

В ходе ретроспективного анализа показателей общей заболеваемости психическими расстройствами (ОЗПР) сотрудников ОВД г. Москвы за период с 2008 по 2023 гг. была зафиксирована разнонаправленная динамика. Общий уровень ОЗПР возрос с 7,00‰ в 2008 году до максимального значения 11,24‰ в 2022 году, после чего в 2023 году наблюдалось его снижение до 6,97‰. При анализе структуры ОЗПР в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10 установлено, что уровень органических психических расстройств (F00–F09) на протяжении всего периода оставался стабильно низким. Максимальное значение (1,05‰) было зарегистрировано в 2015 году, после чего отмечалось устойчивое снижение, более чем в два раза – до уровня, зафиксированного в 2023 году.

Показатели по расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10–F19), варьировали в пределах от 0,22‰ до 0,53‰, демонстрируя относительную стабильность без выраженной тенденции к росту или снижению. Расстройства шизофренического спектра, включая шизофрению и шизоаффективные состояния (F20–F29), имели крайне низкие уровни ОЗПР на всём протяжении анализа, колеблясь от 0,02‰ до 0,10‰.

Аффективные расстройства (F30–F39) характеризовались незначительными колебаниями: наивысшее значение (0,31‰) было зафиксировано в 2010 году, после чего наблюдалась устойчивая тенденция к снижению до 2023 года (см. табл. 2).

**Таблица 2** – Уровни общей заболеваемости психическими расстройствами у сотрудников органов внутренних дел в г. Москве, ‰

Рубрика	F00- F09	F10- F19	F20- F29	F30- F39	F40- F48	F50- F59	F60- F69	Всего
2008	0,81	0,41	0,03	0,12	5,59	0,02	0,02	7,00
2009	0,88	0,53	0,02	0,29	6,53	0,09	0,03	6,76
2010	0,79	0,36	0,02	0,31	6,12	0,09	0,03	7,07
2011	0,62	0,38	0,02	0,21	5,74	0,09	0,03	7,50
2012	0,66	0,41	0,02	0,28	5,60	0,09	0,03	7,86
2013	0,67	0,47	0,03	0,16	5,67	0,09	0,03	8,38
2014	0,76	0,48	0,03	0,12	6,40	0,09	0,02	8,91
2015	1,05	0,50	0,05	0,10	6,55	0,10	0,03	8,64
2016	0,97	0,33	0,05	0,09	5,59	0,05	0,03	7,74
2017	0,81	0,41	0,03	0,12	5,59	0,02	0,02	7,00
2018	0,71	0,26	0,10	0,12	6,90	0,03	0,02	8,14
2019	0,76	0,22	0,03	0,14	7,60	0,02	0,02	8,48
2020	0,48	0,33	0,07	0,10	7,69	0,12	0,02	8,81
2021	0,41	0,48	0,05	0,05	8,91	0,33	0,00	10,24
2022	0,41	0,36	0,03	0,09	10,03	0,28	0,03	11,24
2023	0,40	0,31	0,03	0,05	6,03	0,12	0,02	6,97
2024	0,43	0,32	0,03	0,05	6,06	0,14	0,04	7,1

Наиболее выраженной оказалась динамика по категории невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F40–F48). Уровень ОЗПР по данной рубрике существенно увеличился – с 5,59‰ в 2008 году до 10,03‰ в 2022 году. Подобный рост может отражать как повышение распространённости стресс-ассоциированных состояний среди сотрудников ОВД, так и изменения в клинической практике, включая снижение уровня стигматизации психических расстройств и рост обращаемости за специализированной помощью.

Зарегистрированное в 2023 году снижение требует дополнительного анализа с учётом психосоциальных и организационных факторов.

Показатели по другим рубрикам МКБ-10, включая расстройства поведения, связанные с физиологическими нарушениями (F50–F59), и расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69), на всём протяжении наблюдения сохранялись на минимальных уровнях и не превышали 0,03%, что указывает на их крайне редкое представительство в общей структуре психических расстройств у сотрудников ОВД г. Москвы.

В 2008 году уровень ОЗПР среди сотрудников ОВД г. Москвы составил 7,00% и был принят в качестве базисного (100%) значения для последующего анализа. В 2009 году зафиксировано незначительное снижение данного показателя до уровня 6,76%, что соответствует отрицательному абсолютному приросту на 0,24%, темпу роста 96,57% и темпу прироста –3,43%.

В период с 2010 по 2014 год прослеживалась положительная динамика: значения уровня ОЗПР последовательно увеличивались от 7,07% до 8,91%. Темпы прироста в указанный промежуток варьировали от 4,59% до 6,62%, что свидетельствует об устойчивой тенденции роста. Подобная динамика может отражать как реальное увеличение распространённости психических расстройств в данном профессиональном контингенте, так и совершенствование механизмов выявления и регистрации случаев, а также повышение уровня психиатрической настороженности среди специалистов.

В 2015 и 2016 годах наблюдается обратная тенденция: уровень ОЗПР снизился до 8,64% и 7,74% соответственно. Абсолютный прирост оказался отрицательным (–0,27% в 2015 году и –0,90% в 2016 году), а темпы прироста составили –3,03% и –10,42%. Эти колебания могут быть обусловлены изменениями в системе учёта, снижением обращаемости в результате эпизодов стигматизации, а также возможным влиянием временных организационных или профилактических мероприятий (см. табл. 3).

**Таблица 3** – Показатели динамики общей заболеваемости психическими расстройствами среди сотрудников органов внутренних дел в г. Москве за 2008–2023 гг. (на 1 000 сотрудников, ‰)

Год	Всего (‰)	Абсолютный прирост	Темп роста (%) /	Темп прироста (%)	Базисный индекс (2008 = 100%)
2008	7,00	–	–	–	100,00
2009	6,76	-0,24	96,57	-3,43	96,57
2010	7,07	+0,31	104,59	+4,59	101,00
2011	7,50	+0,43	106,08	+6,08	107,14
2012	7,86	+0,36	104,80	+4,80	112,29
2013	8,38	+0,52	106,62	+6,62	119,71
2014	8,91	+0,53	106,32	+6,32	127,29
2015	8,64	-0,27	96,97	-3,03	123,43
2016	7,74	-0,90	89,58	-10,42	110,57
2017	7,00	-0,74	90,57	-9,43	100,00
2018	8,14	+1,14	116,29	+16,29	116,29
2019	8,48	+0,34	104,18	+4,18	121,14
2020	8,81	+0,33	103,89	+3,89	125,86
2021	10,24	+1,43	116,23	+16,23	146,29
2022	11,24	+1,00	109,77	+9,77	160,57
2023	6,97	-4,27	62,01	-37,99	99,57
2024	7,22	+1,6	71,01	+6,55	123,71

Начиная с 2018 года вновь отмечается рост уровня ОЗПР, с особенно выраженным увеличением в 2018 и 2021 годах. Так, в 2018 году абсолютный прирост составил +1,14‰, а темп прироста – 16,29%; в 2021 году – +1,43‰ и 16,23% соответственно. Эти данные могут указывать на улучшение ранней диагностики, повышение уровня доверия к психиатрической службе и рост обращаемости на фоне повышения психоэмоциональной нагрузки, связанной

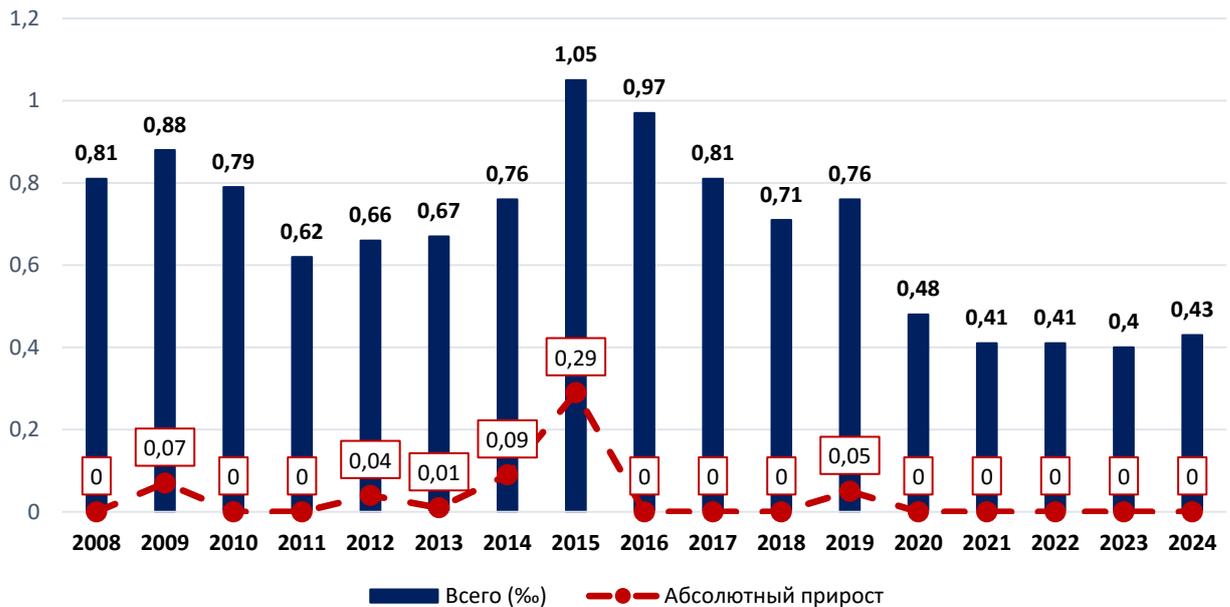
с профессиональной деятельностью в условиях социальной нестабильности и изменяющихся оперативных задач.

В 2023 году зафиксировано резкое снижение уровня ОЗПР до 6,97‰, что на 4,27‰ ниже, чем в 2022 году. Темп роста составил лишь 62,01%, а темп прироста составил –37,99%. Подобная динамика требует комплексной интерпретации и может отражать как изменения в алгоритмах регистрации и учёта психических расстройств, так и позитивные результаты реализации программ раннего выявления и профилактики, включая укрепление системы психологической поддержки, развитие реабилитационных маршрутов и совершенствование служебной адаптации сотрудников

Базисный анализ динамики общей заболеваемости с последующим направлением на динамическое психиатрическое наблюдение (ОЗПР) среди сотрудников ОВД г. Москвы демонстрирует отчётливую тенденцию к росту в период с 2008 по 2022 гг., на протяжении которого совокупный прирост составил 60,57%. Однако в 2023 году уровень заболеваемости резко снизился и составил 99,57% от базисного значения, принятого за 100% в 2008 году, что фактически свидетельствует о возврате к начальному уровню и определяет 2023 год как аномальный в динамическом ряду. Подобная статистическая инверсия требует отдельного анализа с учётом внешних и внутрисистемных факторов, потенциально повлиявших на снижение числа направлений на динамическое психиатрическое наблюдение в условиях профессиональной нагрузки.

В структуре органических, включая симптоматические, психических расстройств (F00–F09) у сотрудников органов внутренних дел г. Москвы за период 2008–2023 гг. отмечена выраженная вариабельность уровней заболеваемости. На начальном этапе наблюдения (2009 г.) регистрировался умеренный рост показателя: увеличение с 0,81‰ до 0,88‰ сопровождалось положительным темпом прироста (+8,64%) и ростом базисного индекса до 108,64%, что свидетельствовало о расширении круга выявляемых случаев органических расстройств.

В 2010–2011 гг. динамика изменилась в противоположную сторону: уровень заболеваемости снизился сначала до 0,79‰, а затем – до 0,62‰, что сопровождалось отрицательными темпами прироста (–10,23% и –21,52% соответственно). Базисный индекс в 2011 г. снизился до 76,54%, что указывало на существенное уменьшение частоты регистрируемых органических психических расстройств относительно 2008 года (рис. 2).

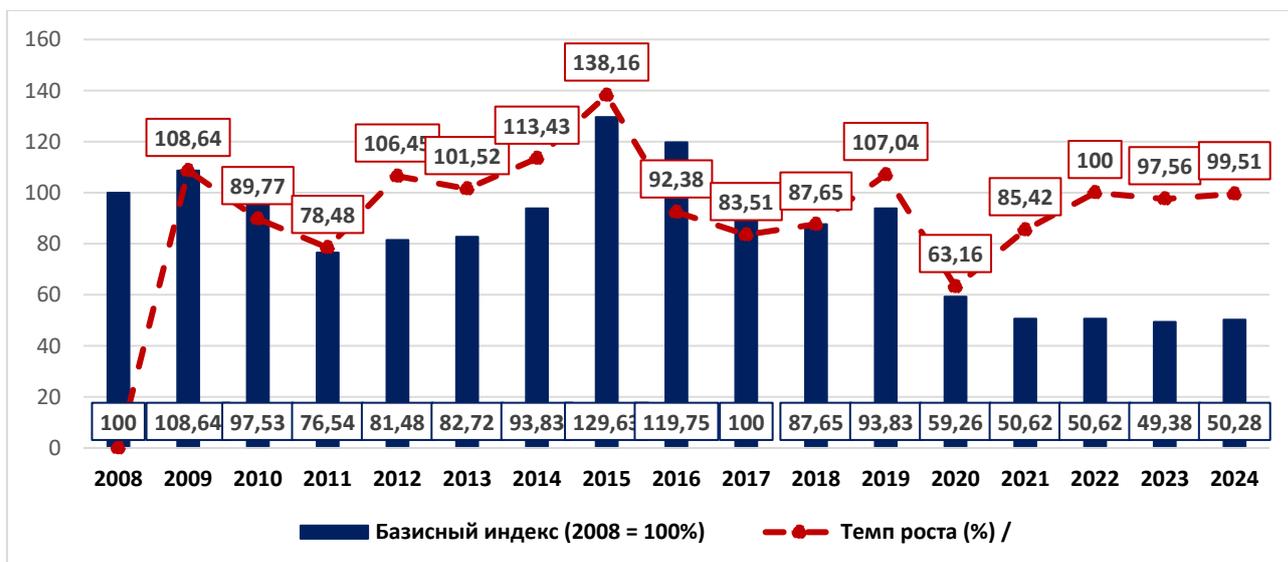


**Рисунок 2** – Динамика уровня заболеваемости органическими психическими расстройствами (F00–F09) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг., ‰

С 2012 по 2015 гг. прослеживался стабильный рост заболеваемости. Показатель увеличился с 0,66‰ до максимальных за весь период 1,05‰, а наиболее выраженный скачок отмечен в 2015 г. (+0,29‰; +38,16%). Базисный индекс в этот год достиг 129,63%, отражая значимый подъем уровня органических психических расстройств. Подобная тенденция могла быть связана как с организационными изменениями в маршрутизации пациентов и повышением выявляемости, так и с реальным ростом обращаемости сотрудников с когнитивными, аффективными и другими органическими нарушениями.

С 2016 г. наблюдалось постепенное снижение уровня заболеваемости с достижением исходных значений (0,81‰) в 2017 г. и дальнейшим устойчивым

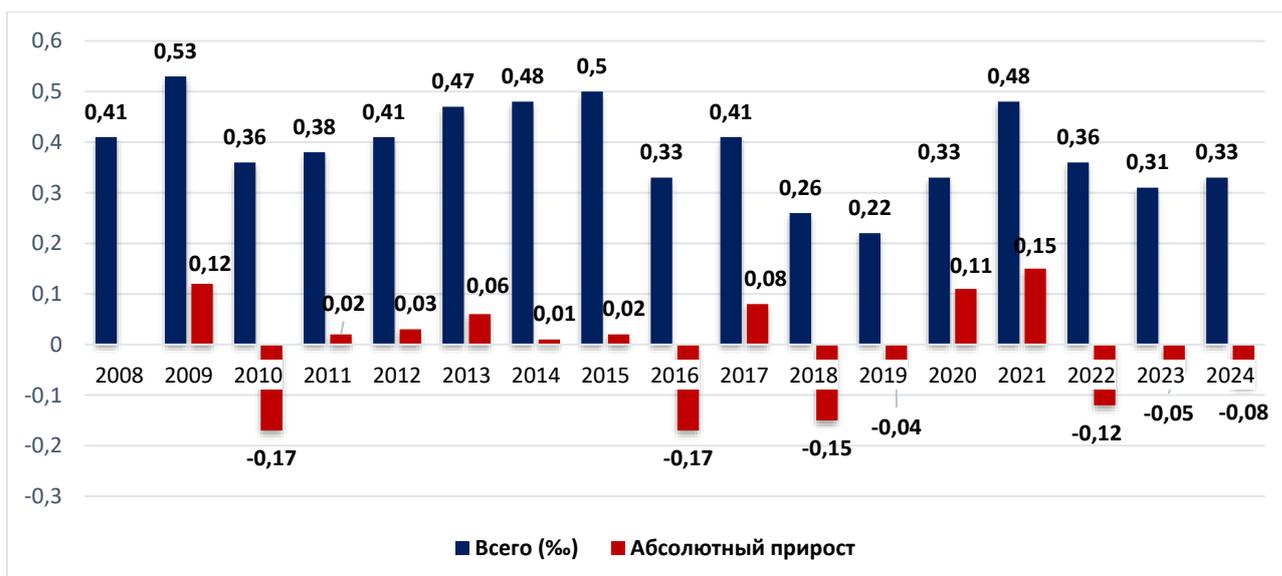
спадом вплоть до 0,40‰ в 2023 г., что является минимальным значением за весь рассматриваемый период (рис. 3).



**Рисунок 3** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F00–F09 (‰) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

Особенно выраженное снижение отмечено в 2020 г. (–36,84%), когда базисный индекс уменьшился до 59,26%, а затем – до 49,38% в 2023 г., что соответствует более чем двукратному снижению частоты выявляемых органических расстройств по сравнению с 2008 г. Такая динамика может отражать снижение доли сотрудников, направляемых на психиатрическое обследование, изменение диагностических подходов или эволюцию критериев интерпретации органических психических состояний в клинической практике ведомственных учреждений.

Анализ динамики заболеваемости психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (рубрика F10–F19 МКБ-10), среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы за период 2008–2023 гг. выявил выраженную волнообразную траекторию, характеризующуюся чередованием периодов роста и снижения. Подобные колебания, вероятно, обусловлены комплексом организационных, диагностических и профилактических факторов, влияющих на выявляемость и регистрацию зависимых состояний (см. рис. 4).

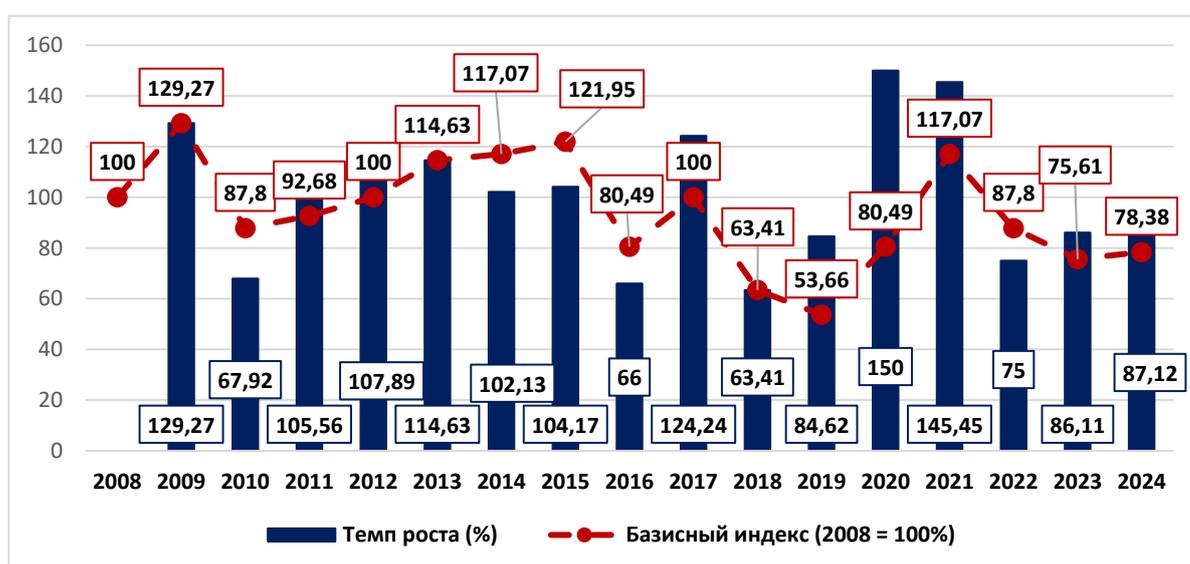


**Рисунок 4** – Динамика уровня заболеваемости психическими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (F10–F19), среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

На раннем этапе наблюдения в 2009 году по сравнению с уровнем 2008 года (0,41%) отмечался существенный рост заболеваемости до 0,53%, что сопровождалось положительным абсолютным приростом (+0,12%) и высоким темпом прироста (+29,27%). Данная динамика может отражать как увеличение числа сотрудников с зависимыми формами поведения, так и повышение активности служб медицинского и оперативно-служебного контроля. В 2010 году зафиксировано резкое снижение показателя до 0,36% (–32,08%), что свидетельствует о чувствительности регистраций к организационным изменениям или вариабельности обращаемости.

Период 2011–2015 гг. характеризовался умеренным, но стабильным ростом значений – от 0,38% до 0,50%. Темпы прироста в этот период преимущественно оставались положительными, что может свидетельствовать о стабилизации процедур учёта и повышении диагностической настороженности медицинского персонала ведомственных организаций. Однако уже в 2016 году отмечено значительное снижение до 0,33% (–34,00%), которое, вероятно, связано с целевыми профилактическими мероприятиями или ограничительными мерами в отношении сотрудников группы риска.

После кратковременного роста в 2017 году (0,41‰) началась новая фаза снижения, достигшая минимального уровня в 2019 году (0,22‰), при этом базисный индекс составил 53,66% от уровня 2008 года, что отражает значительное уменьшение выявляемости зависимых форм поведения. В период 2020–2021 гг. наблюдался очередной подъём, особенно выраженный в 2020 году, когда темп прироста достиг +50% (рис.5). Эта динамика может быть связана с влиянием пандемических факторов и сопутствующим ростом поведенческих рисков, а также с активизацией диспансерных мероприятий и скрининговых обследований.

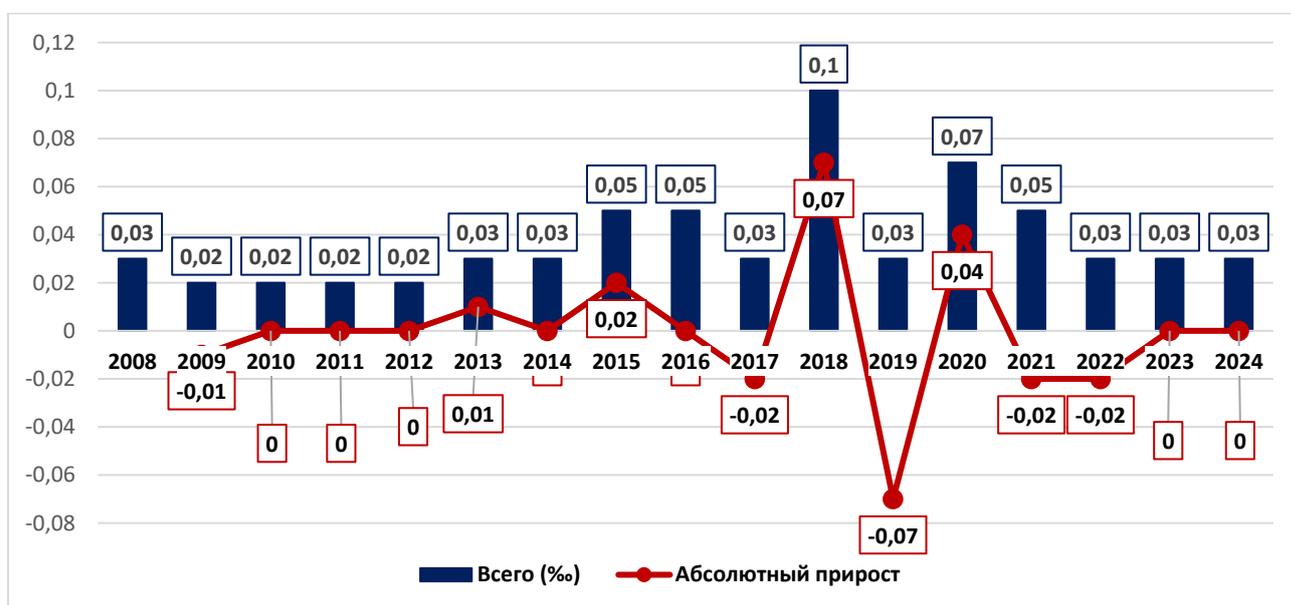


**Рисунок 5** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F10–F19 (‰) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

В последующий период (2022–2024 гг.) вновь отмечалось снижение заболеваемости – до 0,31‰ в 2023 году, что отражает стабилизацию ситуации и, вероятно, эффективность реализуемых профилактических, медико-психологических и административных мероприятий, направленных на раннее выявление и сопровождение сотрудников с признаками употребления ПАВ. В целом изучаемая динамика указывает на высокую чувствительность данного показателя к институциональным, социальным и эпидемиологическим изменениям, что требует комплексного подхода к интерпретации результатов

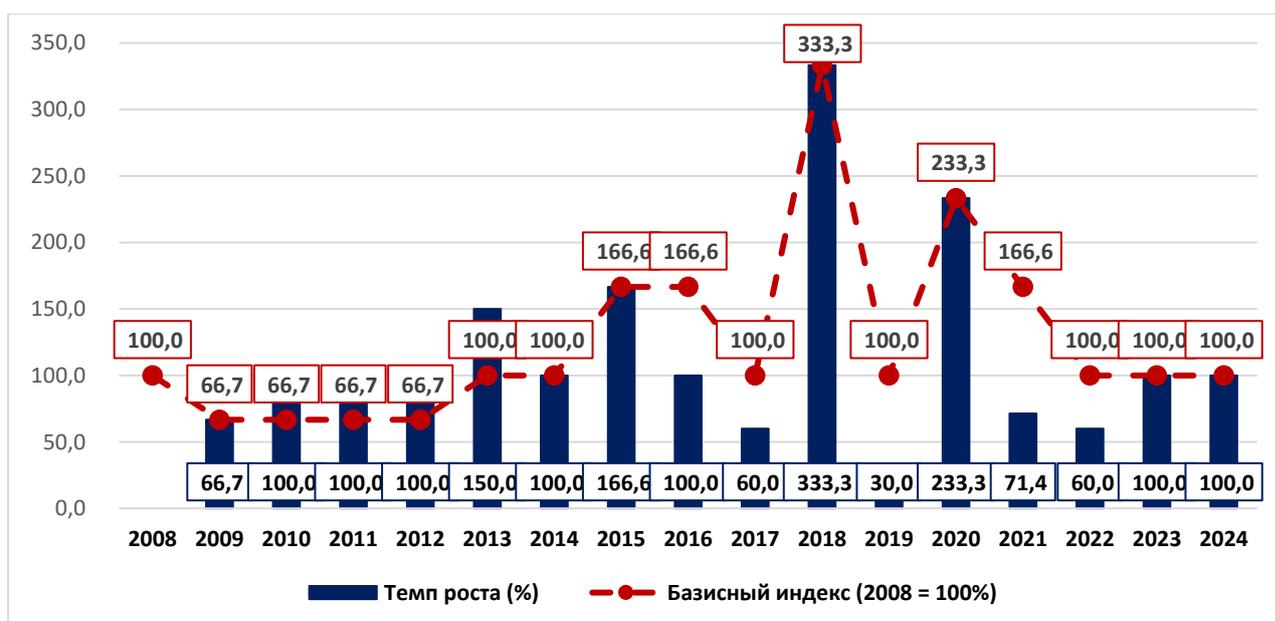
и дальнейшего совершенствования системы контроля, профилактики и межведомственного взаимодействия.

В течение периода наблюдения с 2008 по 2023 гг. уровень заболеваемости по рубрике F20–F29 МКБ-10, включающей расстройства шизофренического спектра и шизоаффективные расстройства, среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы оставался стабильно низким, демонстрируя минимальные колебания в пределах 0,02–0,10‰ без выраженных тенденций к устойчивому росту или снижению. В исходном 2008 году показатель составил 0,03‰ и был принят в качестве базисного значения для дальнейшего сравнения (рис. 6).



**Рисунок 6** – Динамика уровня заболеваемости психическими расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

В 2009–2012 гг. регистрировалось умеренное снижение уровня заболеваемости до 0,02‰. Учитывая крайне малые абсолютные величины, подобная динамика, вероятно, обусловлена флуктуациями, связанными с единичными случаями, и не отражает реальных эпидемиологических изменений. К 2013–2014 гг. показатель вновь достиг базисного уровня 0,03‰, что свидетельствует о стабилизации ситуации в указанный период (см. рис. 7).



**Рисунок 7** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F20–F29 (%) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

Более значимый прирост отмечен в 2015 году, когда показатель увеличился до 0,05‰ (темп прироста +66,67%), что могло быть связано с выявлением новых единичных случаев или повышением диагностической активности врачей-психиатров ведомственных медицинских подразделений. В 2016 году показатель сохранился на уровне 0,05‰, однако уже в 2017 году снизился до 0,03‰, вновь возвратившись к базисному значению.

Наиболее выраженный всплеск заболеваемости наблюдался в 2018 году, когда показатель увеличился до 0,10‰, что сопровождалось резким ростом относительных коэффициентов (темп прироста +233,33%). Однако уже в 2019 году уровень вновь снизился до 0,03‰, что подтверждает высокую чувствительность данного показателя к единичным выявленным случаям. В 2020 году зафиксирован очередной кратковременный рост до 0,07‰, после чего значения показателя постепенно стабилизировались на уровне 0,03‰ в 2022–2023 гг.

В целом, заболеваемость по рубрике F20–F29 в профессиональной группе сотрудников ОВД характеризуется минимальной распространённостью и отсутствием устойчивых негативных тенденций. Это может быть обусловлено

объективно низкой встречаемостью тяжёлых эндогенных психических расстройств, строгими психиатрическими требованиями при отборе кандидатов на службу, обязательным предварительным и периодическим психиатрическим освидетельствованием, а также особенностями ведомственной системы контроля психического здоровья.

Анализ показателей заболеваемости по рубрике F30–F39 МКБ-10, включающей аффективные расстройства, среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы за период 2008–2023 гг. демонстрирует выраженную нестабильность динамики, характеризующуюся чередованием эпизодов резкого роста и последующего снижения. Уже в 2009 году, по сравнению с базисным уровнем 2008 года (0,12‰), наблюдалось значительное увеличение до 0,29‰, что соответствует темпу роста 241,67% и темпу прироста +141,67% (рис. 8). Подобное изменение может отражать как рост выявляемости депрессивных и иных аффективных расстройств, так и влияние внешних организационных или социально-психологических факторов.

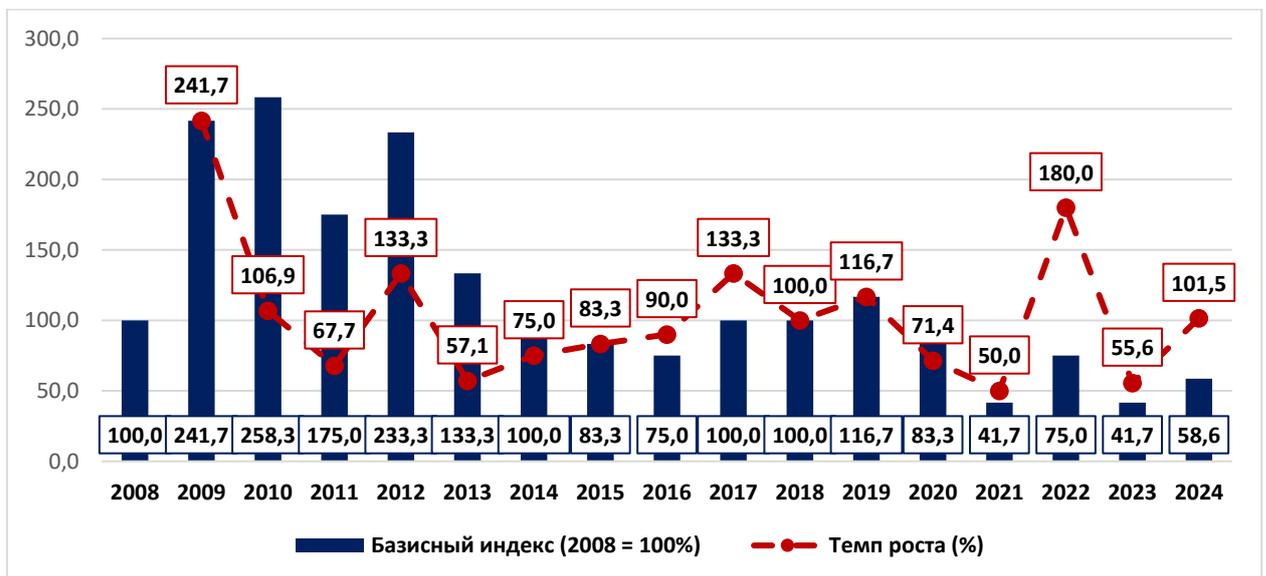


**Рисунок 8** – Динамика уровня заболеваемости аффективными расстройствами (F30–F39) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

Пиковое значение уровня заболеваемости зарегистрировано в 2010 году (0,31‰), что может свидетельствовать о повышенной диагностической активности либо усилении эмоционально-стрессовых нагрузок в служебной

сrede. Однако уже в 2011 году последовало снижение до 0,21‰, и в последующие годы значения варьировали в достаточно широком диапазоне – от 0,09‰ до 0,28‰, не формируя чётко выраженной тенденции.

В период 2012–2016 гг. наблюдалась умеренная нисходящая динамика, однако с 2017 по 2019 гг. отмечались признаки частичного восстановления уровня заболеваемости (0,12–0,14‰). Особенно резкое снижение выявлено в 2021 году – до 0,05‰, что является одним из минимальных значений за весь рассматриваемый период. Несмотря на рост до 0,09‰ в 2022 году, в 2023 году показатель вновь снизился до 0,05‰, демонстрируя сохранение нестабильности (рис. 9).

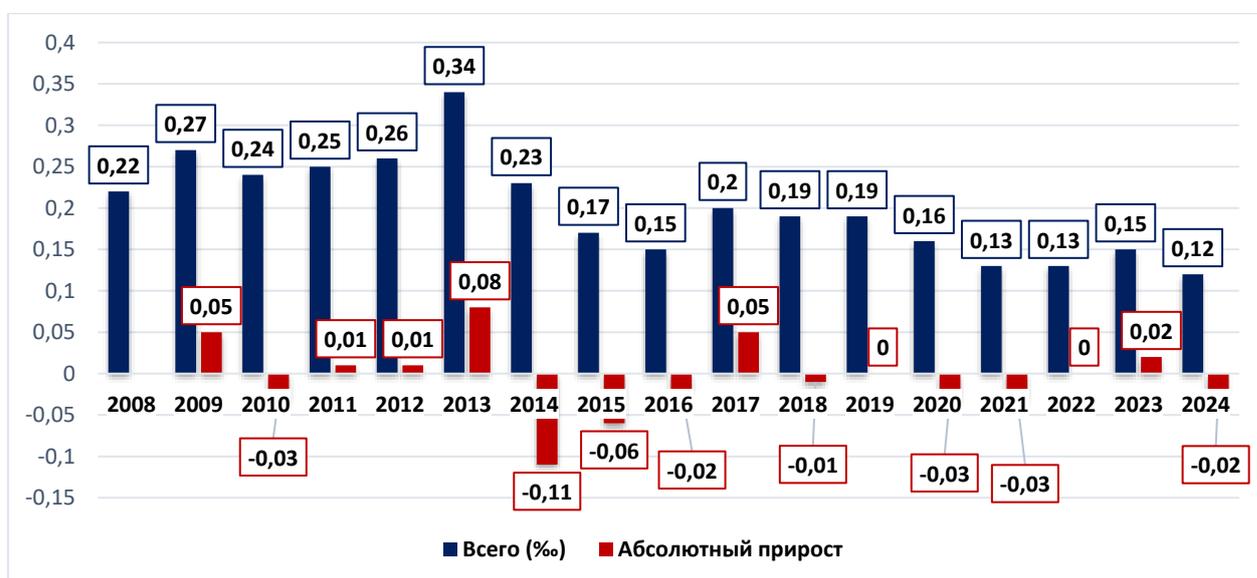


**Рисунок 9** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F30–F39 (‰) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

Выраженная волатильность уровня заболеваемости по данной рубрике, вероятно, обусловлена совокупностью факторов: изменениями в организации медицинского наблюдения, вариациями в обращаемости сотрудников за психиатрической помощью, воздействием внешних стрессогенных обстоятельств, а также особенностями профессиональной культуры, способствующей недооценке и скрытому течению аффективной симптоматики. Всё это подчёркивает необходимость более тщательного мониторинга состояний аффективного спектра

и разработки мер по своевременному выявлению и профилактике эмоциональных нарушений среди сотрудников ОВД.

Динамика заболеваемости по рубрике F40–F48 МКБ-10, включающей невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы в 2008–2023 гг. характеризовалась волнообразным течением с чередованием фаз роста и снижения, без формирования устойчивой восходящей или нисходящей тенденции. Подобная изменчивость отражает высокую чувствительность данной нозологической группы к внешним профессиональным, организационным и социальным факторам (рис. 10).



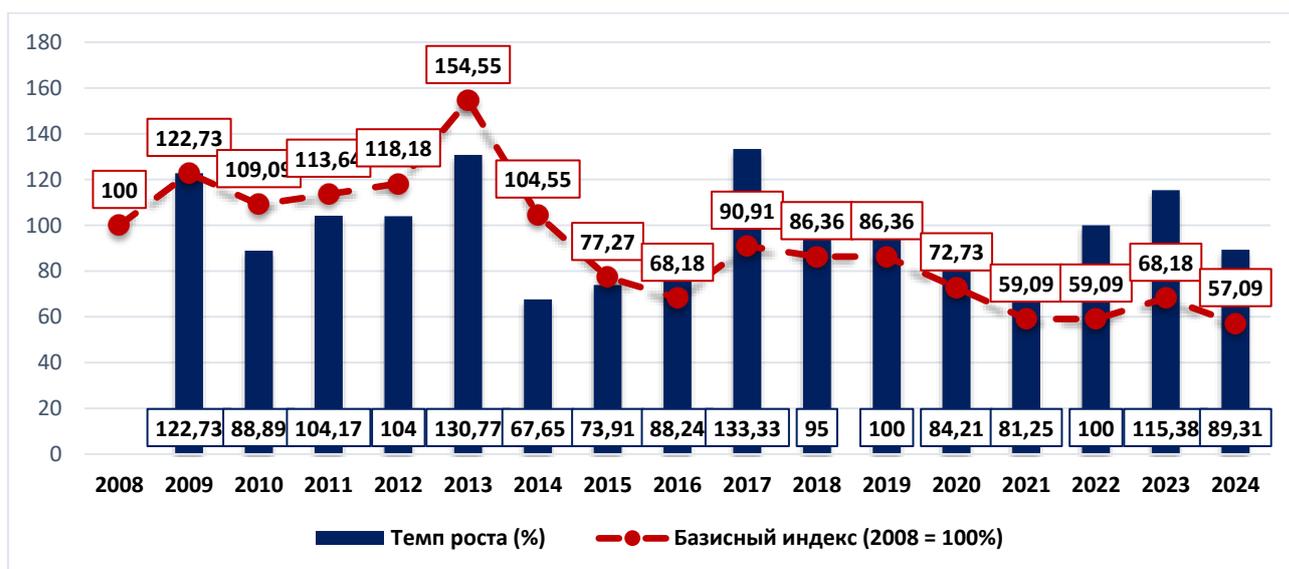
**Рисунок 10** – Динамика уровня заболеваемости невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F40–F48) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

Первый существенный прирост был зафиксирован уже в 2009 году: уровень заболеваемости увеличился до 0,27%, что превысило базисное значение 2008 года (0,22%) на 22,73%. Однако в 2010–2012 гг. наблюдалось умеренное снижение показателя, что может отражать как снижение обращаемости сотрудников за специализированной помощью, так и флуктуации, обусловленные минимальными абсолютными значениями.

Наибольшее значение уровня заболеваемости по рубрике F40–F48 зарегистрировано в 2013 году – 0,34%. Этот пик, вероятно, связан

с повышением выявляемости стресс-ассоциированных состояний, а также возможным усилением воздействия неблагоприятных психосоциальных факторов в указанный период. В последующие годы, с 2014 по 2016 гг., отмечалась отчетливая нисходящая динамика, завершившаяся минимальным значением 0,15‰ в 2016 году.

В 2017 году произошло повторное увеличение уровня заболеваемости (0,20‰), после чего в 2018–2020 гг. динамика характеризовалась относительной стабильностью без выраженных изменений. Значимое снижение показателя отмечено в 2021–2022 гг., когда уровень заболеваемости снизился до минимальных значений периода наблюдения (0,13‰), что может отражать снижение обращаемости, перегрузку системы психиатрической помощи в постпандемийный период или недостаточную регистрацию случаев легкой и средней степени тяжести (рис. 11).



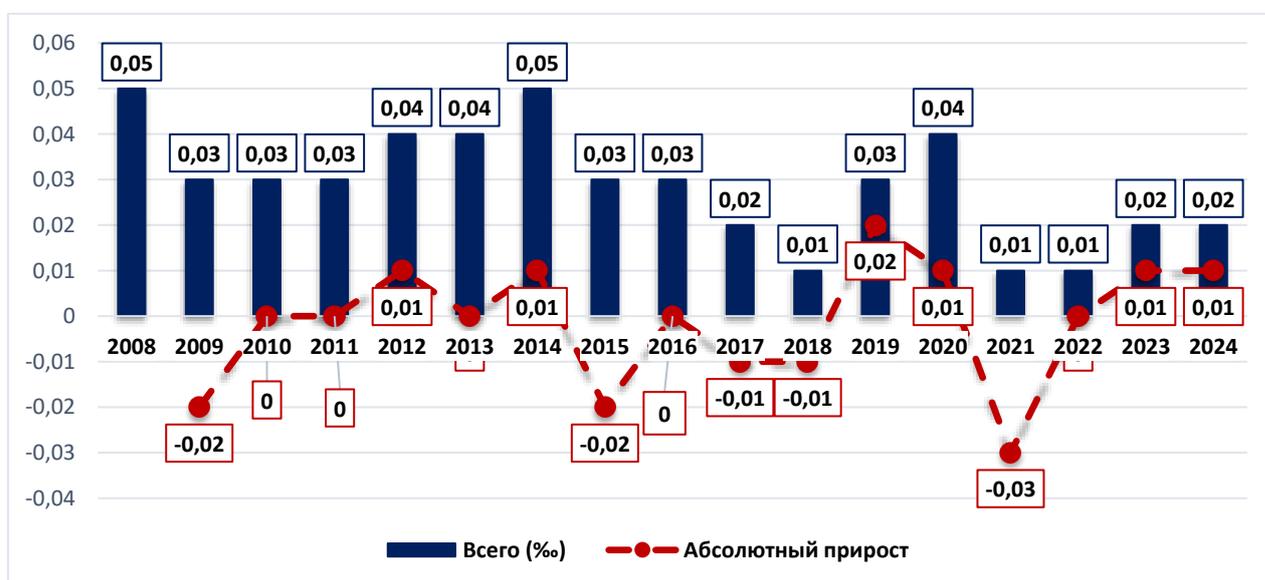
**Рисунок 11** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F40–F48 (‰) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

В 2024 году показатель несколько увеличился до 0,15‰, что свидетельствует о частичном восстановлении уровня зарегистрированной заболеваемости, однако остаётся существенно ниже значений начала исследования. Заключительный год наблюдения (2024) также характеризуется умеренным ростом – до 0,12‰, однако базисный индекс остаётся сниженным

(57,09%), что подтверждает общее снижение уровня выявляемых стресс-ассоциированных расстройств по сравнению с 2008 годом.

Динамика заболеваемости по рубрике F40–F48 отражает отсутствие выраженной трендовой линии и существенную чувствительность к колебаниям служебно-профессиональной нагрузки, изменениям в стиле руководства, социальной напряжённости и условиям труда. Дополнительную роль может играть вариативность в диагностическом подходе и уровне обращения за психиатрической помощью среди сотрудников ОВД.

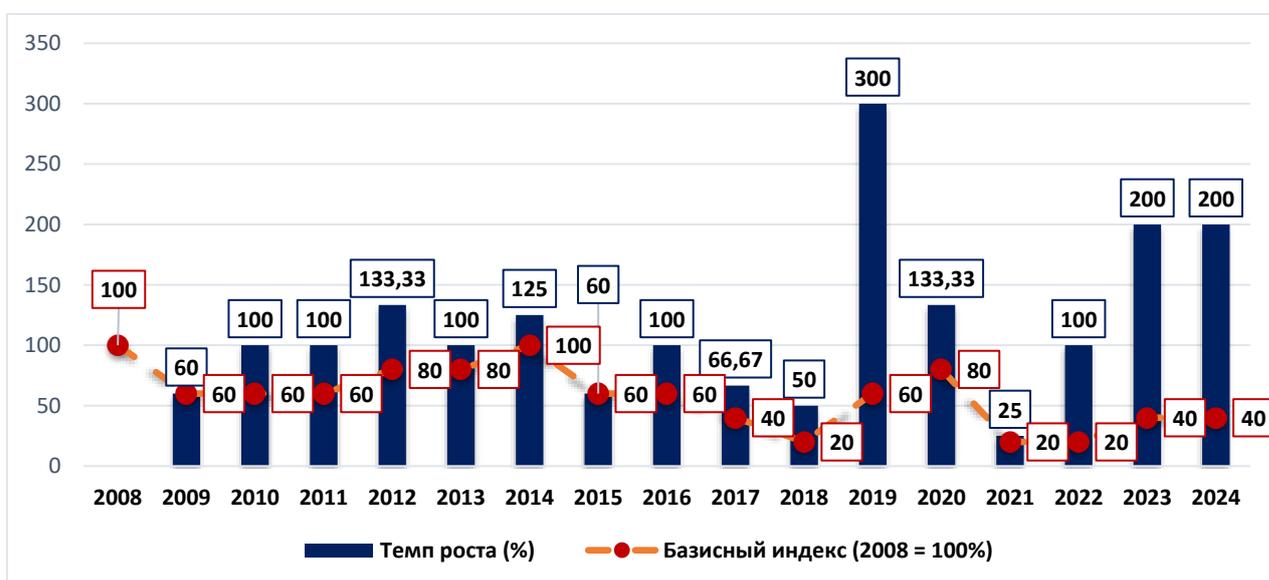
Анализ динамики показателей заболеваемости по рубрике F50–F59 МКБ-10, объединяющей поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы за период 2008–2023 гг. выявил крайне низкую распространённость соответствующих состояний при высокой нестабильности годовых значений. Подобная картина объясняется малым числом регистрируемых случаев, вследствие чего даже единичные изменения оказывают существенное влияние на относительные показатели (рис. 12).



**Рисунок 12** – Динамика уровня заболеваемости по рубрике F50–F59 среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

Максимальные уровни заболеваемости в рассматриваемый период отмечены в 2008 и 2014 годах (0,05%). Уже в 2009 году зарегистрировано резкое

снижение до 0,03‰, после чего на протяжении последующих лет наблюдались чередующиеся фазы умеренной стабилизации (2010–2013 гг.) и постепенного снижения (2015–2018 гг.). Минимальные значения зафиксированы в 2018 и 2021 годах (0,01‰), что отражает крайне низкую выявляемость расстройств данной группы. В периоды существенного уменьшения частоты обращений подобные расстройства могут оставаться недоучтёнными как вследствие их редкости, так и из-за особенностей представления жалоб сотрудниками, ориентированными на минимизацию демонстрации психологических или соматизированных проблем (рис. 13).

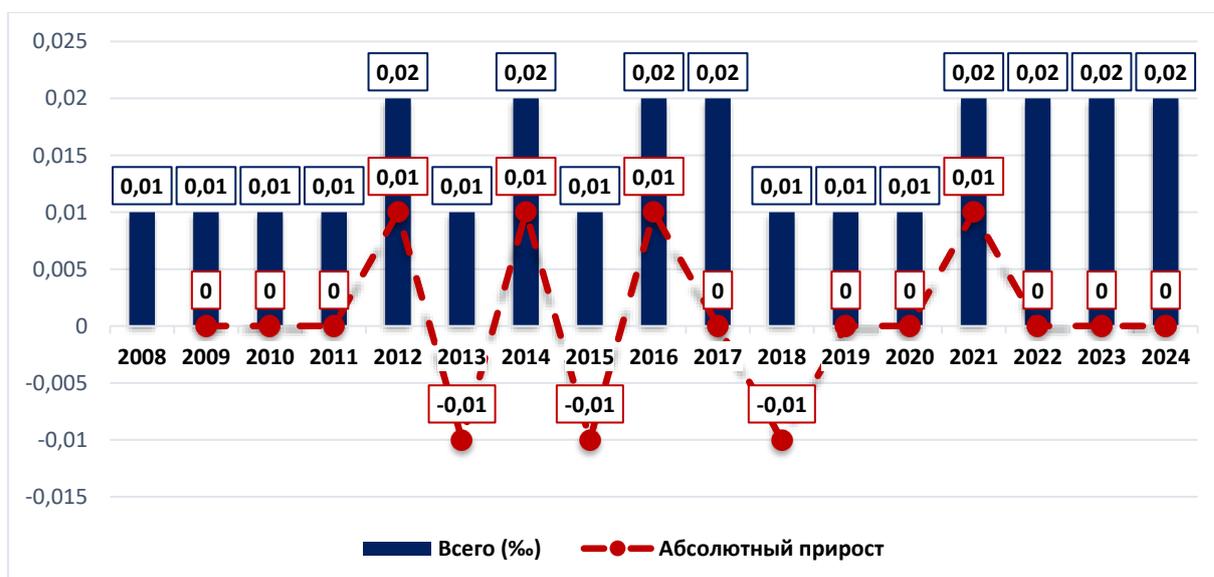


**Рисунок 13** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F50–F59 (‰) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы за 2008–2024 гг.

Отмеченное повышение уровня заболеваемости в 2019 и 2020 гг. (до 0,03–0,04‰), сопровождавшееся высокими темпами прироста, требует осторожной интерпретации, так как при минимальном числителе даже единичный случай вызывает многократное увеличение относительных показателей. Аналогичным образом, частичное восстановление значений в 2023–2024 гг. (0,02‰) не свидетельствует об устойчивой эпидемиологической тенденции и, вероятнее всего, отражает колебания в диагностической активности, обращаемости сотрудников или изменении организационных условий.

В совокупности выявленные динамические изменения по рубрике F50–F59 свидетельствуют об отсутствии устойчивых трендов и высокой чувствительности показателя к статистическим флуктуациям, что ограничивает возможности интерпретации в эпидемиологическом контексте. Низкая частота регистрации данных расстройств в профессиональной группе сотрудников ОВД может быть обусловлена как их объективной редкостью, так и особенностями служебной среды, в которой факторы, относящиеся к данной рубрике (например, расстройства пищевого поведения или некоторые формы диссомний), могут оставаться в тени вследствие их стигматизации или восприятия как малозначимых для оперативно-служебной деятельности.

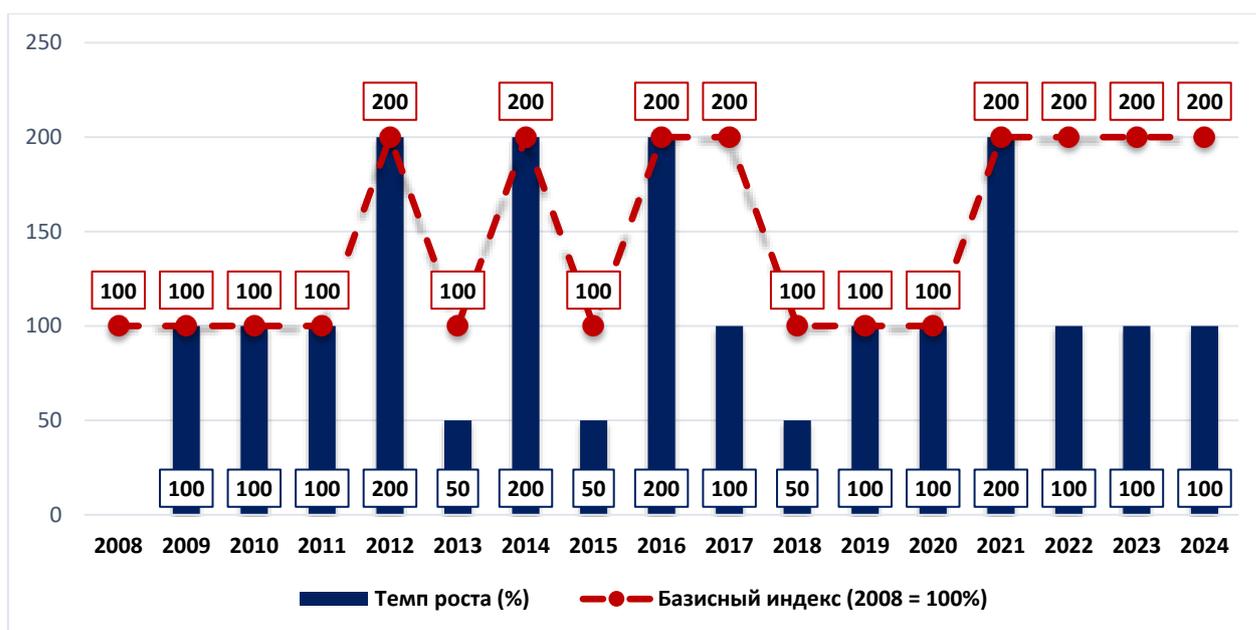
Заболеваемость по рубрике F60–F69 МКБ-10 (расстройства личности и поведения в зрелом возрасте) среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы в период с 2008 по 2023 гг. характеризовалась стабильно низкими значениями и отсутствием выраженной динамики (рис. 14).



**Рисунок 14** – Динамика уровня заболеваемости расстройствами личности и поведения (F60–F69) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

Уровень регистрируемых случаев не превышал 0,02%, при этом показатель 0,01% фиксировался в половине лет наблюдения, что свидетельствует о его доминирующем уровне для данной нозологической группы в профессиональной выборке. Кратковременные повышения

заболеваемости до 0,02‰ отмечены в 2012, 2014, 2016–2017 гг., а также в 2021–2023 гг. Несмотря на формальное двукратное увеличение базисного индекса в эти периоды, абсолютные значения остаются крайне низкими. Подобная волатильность, имеющая эпизодический характер, скорее отражает единичные случаи диагностированных расстройств, чем свидетельствует о реальных изменениях в эпидемиологической ситуации или структуре психических нарушений (рис. 15).



**Рисунок 15** – Изменение показателей заболеваемости по рубрике F60–F69 (%) и базисных индексов (2008 = 100%) среди сотрудников ОВД г. Москвы в 2008–2024 гг.

В совокупности данные за 16-летний период позволяют охарактеризовать заболеваемость по рубрике F60–F69 как минимальную, статистически нестабильную и не оказывающую существенного влияния на общую психиатрическую заболеваемость сотрудников ОВД.

В течение периода (2008–2024 гг.) прослеживается устойчивая тенденция к снижению показателей временной утраты трудоспособности, обусловленной психическими расстройствами среди сотрудников органов внутренних дел г. Москвы. Наиболее выраженная динамика отмечена в 2008–2015 гг., когда уровень временной нетрудоспособности уменьшился с 5,81‰ до 2,71‰. Данная тенденция может отражать позитивные результаты системных мер

профилактики психических нарушений, включая развитие психологического сопровождения и совершенствование ведомственных программ медико-психологического обеспечения. Вместе с тем альтернативное объяснение, требующее дальнейшего изучения, заключается в возможной стигматизации обращений за специализированной психиатрической помощью, что могло приводить к снижению числа регистрируемых случаев временной нетрудоспособности по психиатрическим основаниям.

С 2016 по 2024 гг. темпы снижения показателя замедлились, и уровень трудопотерь стабилизировался в диапазоне 1,75–1,81%. Такая стагнация может свидетельствовать о достижении предельной эффективности ранее внедрённых профилактических мер, а также об изменениях в организационно-учётных подходах к регистрации случаев временной утраты трудоспособности в медицинских подразделениях ОВД.

При наблюдаемом росте общей заболеваемости по отдельным рубрикам психических расстройств, особенно связанным со стрессовыми воздействиями, показатели дней временной нетрудоспособности демонстрировали уверенное снижение. В 2008 году данный показатель составлял 97 дней на 1 000 сотрудников, тогда как к 2023 году он сократился более чем в два с половиной раза – до 37 дней. Снижение было особенно интенсивным в первую половину анализируемого периода; после 2016 года темпы замедлились, а межгодовые колебания утратили выраженность.

Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности оставалась на протяжении всего периода наблюдения относительно стабильной. Так, если в 2008 году она составляла 19,2 дня, то в 2023 году – 18,5 дня. Минимальное значение показателя зарегистрировано в 2017 году (17,9 дня), а в 2018–2022 годах он варьировал в пределах  $\pm 0,5$  дня, что не указывает на наличие статистически значимого тренда.

Несмотря на положительную динамику, касающуюся снижения трудопотерь, связанных с психическими расстройствами, делать окончательные выводы о результативности профилактических мер без статистически

подтверждённых данных преждевременно. Установленное снижение может быть опосредовано целым рядом факторов: изменениями в численной и возрастной структуре личного состава, административной политикой учёта временной нетрудоспособности, а также внешними социоэкономическими обстоятельствами. Вместе с тем ряд исследований подчёркивает значение своевременной диагностики и раннего выявления стресс-ассоциированных и пограничных психических расстройств, а также эффективность доступной психологической помощи и современных подходов к лечению как факторов, способных снизить уровень психической дезадаптации сотрудников ОВД.

Полученные данные отражают долгосрочные тенденции в структуре психической заболеваемости среди сотрудников ОВД г. Москвы и демонстрируют их значимую взаимосвязь с показателями временной утраты трудоспособности. При этом, несмотря на относительную стабильность общей заболеваемости, по ряду нозологических категорий отмечаются выраженные волнообразные колебания, требующие дополнительного междисциплинарного анализа.

## **3.2. Гендерный аспект психического здоровья сотрудников органов внутренних дел в условиях последствий чрезвычайных ситуаций**

### **3.2.1. Нозологическая структура психических и психосоматических нарушений у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций**

Анализ распространённости психических и психосоматических расстройств среди мужчин и женщин позволил выявить общие тенденции. Результаты представлены в таблице, где указана частота выявления каждой нозологической формы согласно классификации МКБ-10. Также таблица содержит результаты статистической проверки значимости различий между группами с применением критерия  $\chi^2$  Пирсона.

Наиболее распространённой нозологией среди всех обследованных испытуемых явилась артериальная гипертензия (I10). У женщин этот диагноз

был установлен у 21,9% обследованных (n=28), в то время как среди мужчин распространённость составила 31,3% (n=42). Несмотря на количественное преобладание данной патологии у мужчин, статистически значимых различий между группами не выявлено ( $\chi^2 = 3,15$ ,  $p = 0,076$ ), однако наблюдается отчётливая тенденция к большей уязвимости мужской выборки в отношении данного заболевания (табл. 4).

**Таблица 4** – Распространённость психических и психосоматических заболеваний у женщин и мужчин сотрудников ОВД, после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций, %

Диагноз (МКБ-10)		Женщины, n=128		Мужчины, n=134		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
I10.	Артериальная гипертензия	28	21,9	42	31,3	3,15	0,076
F45.0	Соматоформная дисфункция	9	7,0	7	5,2	0,37	0,541
F45.2	Соматизированное расстройство	5	3,9	4	3,0	0,19	0,666
K58	Синдром раздражённого кишечника	7	5,5	6	4,5	0,12	0,726
G43	Мигрень	10	7,8	4	3,0	3,15	0,076
L20	Атопический дерматит	6	4,7	5	3,7	0,17	0,683
J45	Бронхиальная астма	5	3,9	8	6,0	0,64	0,422
E11	Сахарный диабет 2 типа	4	3,1	6	4,5	0,36	0,549
K29	Хронический гастрит	12	9,4	11	8,2	0,13	0,716
F54	Психологические факторы при соматических заболеваниях	6	4,7	9	6,7	0,58	0,447
Всего с нарушениями		60	46,9	75	56,0	2,30	0,129

Показатели по другим нозологическим категориям оказались сопоставимыми между мужчинами и женщинами. Так, частота соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.0) составила 7,0% у женщин и 5,2% у мужчин ( $\chi^2 = 0,37$ ,  $p = 0,541$ ), а соматизированного расстройства (F45.2)

– 3,9% и 3,0% соответственно ( $\chi^2 = 0,19$ ,  $p = 0,666$ ). Эти расстройства не продемонстрировали статистически значимых половых различий, что указывает на относительно равномерное распределение соматоформных нарушений в популяции.

Интерес также представляет показатель мигрени (G43), распространённой у 7,8% женщин и 3,0% мужчин. Несмотря на визуально выраженное превышение показателя у женщин, различие не достигло статистической значимости ( $\chi^2 = 3,15$ ,  $p = 0,076$ ), что может быть обусловлено недостаточной мощностью выборки для данной подгруппы.

Диагнозы, связанные с хронической соматической патологией, включая синдром раздражённого кишечника (K58), хронический гастрит (K29) и сахарный диабет 2 типа (E11), наблюдались у обеих групп с незначительными вариациями в пределах 3–10%, без статистически значимых отличий.

Показатели, отражающие наличие психологических факторов при соматических заболеваниях (F54), составили 4,7% у женщин и 6,7% у мужчин ( $\chi^2 = 0,58$ ,  $p = 0,447$ ), что может свидетельствовать о незначительной, но существующей тенденции к большему психологическому вовлечению мужчин в переживание соматических симптомов. Совокупный показатель распространённости хотя бы одного из психических и психосоматических заболеваний составил 46,9% у женщин и 56,0% у мужчин. Однако и это различие не достигло уровня статистической значимости ( $\chi^2 = 2,3$ ;  $p = 0,129$ ), что указывает на общую сопоставимость групп по суммарной психосоматической нагрузке.

### **3.2.2. Донозологические стресс-ассоциированные расстройства у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций**

Сравнительный анализ показателей посттравматического стрессового расстройства, тревожности, депрессии и выраженности депрессивной симптоматики по шкале QIDS у женщин ( $n=128$ ) и мужчин ( $n=134$ ) сотрудников

органов внутренних дел Российской Федерации выявил выраженные половые различия по большинству изучаемых параметров (табл. 5).

**Таблица 5** – Показатели психологического тестирования у женщин и мужчин сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, баллы

Параметр	Женщины (n=128)		Мужчины (n=134)		t	p
	М	SD	М	SD		
ПТСР	4,1	1,1	4,3	0,9	-1,22	0,224
Тревога	7,8	1,9	9,4	1,9	-6,62	0,000
Депрессия	5,8	1,9	9,1	2,4	-12,46	0,000
QIDS	6,1	2,9	6,9	3,4	-2,26	0,024

Уровень ПТСР в обеих группах находился на сопоставимом уровне ( $4,1 \pm 1,1$  балла у женщин против  $4,3 \pm 0,9$  балла у мужчин), и статистически значимых различий не обнаружено ( $t = -1,22$ ;  $p = 0,224$ ). В то же время мужчины характеризовались достоверно более высокими показателями тревоги – в среднем  $9,4 \pm 1,9$  балла против  $7,8 \pm 1,9$  балла у женщин ( $t = -6,62$ ;  $p < 0,001$ ). Аналогичная тенденция отмечена для депрессии: мужчины демонстрировали существенно более высокую выраженность депрессивной симптоматики ( $9,1 \pm 2,4$  балла) по сравнению с женщинами ( $5,8 \pm 1,9$  балла), различия высоко значимы статистически ( $t = -12,46$ ;  $p < 0,001$ ). По шкале QIDS также выявлены умеренные, но статистически значимые гендерные различия: мужчины имели более выраженные депрессивные проявления ( $6,9 \pm 3,4$  балла), чем женщины ( $6,1 \pm 2,9$  балла) ( $t = -2,26$ ;  $p = 0,024$ ). Полученные результаты свидетельствуют о большей выраженности тревожных и депрессивных симптомов у мужчин-сотрудников ОВД, в то время как уровень ПТСР остаётся сопоставимым между группами.

### 3.2.3. Результаты инструментальных и лабораторных исследований у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций

Сравнительная оценка показателей лабораторных и инструментальных исследований у женщин и мужчин сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации после воздействия стресс-факторов профессиональной деятельности показала преимущественно сопоставимый уровень кардиогемодинамических параметров при наличии выраженных межгендерных различий биохимических маркеров (табл. 6).

**Таблица 6** – Результаты лабораторных и инструментальных исследований у женщин и мужчин сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации

Параметр	Женщины (n=128)		Мужчины (n=134)		t	p
	М	SD	М	SD		
Систолическое АД	127,3	8,3	127,0	7,9	0,29	0,772
Диастолическое АД	85,8	7,2	86,1	6,7	-0,37	0,713
АЛТ	36,3	7,9	48,9	23,1	-5,82	0,001
АСТ	41,0	6,1	43,5	5,2	-3,53	0,001
Билирубин	5,83	1,39	6,22	1,37	-2,32	0,021

Значения систолического ( $127,3 \pm 8,3$  мм рт. ст. у женщин и  $127,0 \pm 7,9$  мм рт. ст. у мужчин;  $t = 0,29$ ;  $p = 0,772$ ) и диастолического артериального давления ( $85,8 \pm 7,2$  и  $86,1 \pm 6,7$  мм рт. ст.;  $t = -0,37$ ;  $p = 0,713$  соответственно) статистически значимо не различались, что свидетельствует о сходной выраженности гемодинамической реакции на профессиональные стрессоры в обеих группах. Полученные данные указывают на отсутствие значимых различий по параметрам артериального давления и одновременное наличие выраженных гендерных различий в биохимических маркерах функции печени, что может свидетельствовать о различиях физиологической реакции на профессиональные стрессовые нагрузки и требует дальнейшего углублённого анализа.

В то же время биохимические показатели печени продемонстрировали отчетливые половые различия. У мужчин отмечено достоверно более высокое

содержание аланинаминотрансферазы ( $48,9 \pm 23,1$  Ед/л против  $36,3 \pm 7,9$  Ед/л у женщин;  $t = -5,82$ ;  $p < 0,001$ ), а также аспартатаминотрансферазы ( $43,5 \pm 5,2$  Ед/л против  $41,0 \pm 6,1$  Ед/л;  $t = -3,53$ ;  $p < 0,001$ ), что может отражать большую метаболическую нагрузку или более выраженное влияние стресс-индуцированных поведенческих факторов у мужчин. Уровень общего билирубина также оказался статистически выше у мужчин ( $6,22 \pm 1,37$  мкмоль/л), чем у женщин ( $5,83 \pm 1,39$  мкмоль/л) ( $t = -2,32$ ;  $p = 0,021$ ), хотя абсолютные значения оставались в пределах референсных норм.

### 3.2.4. Копинг-стратегии и жизнестойкость у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций

Анализ копинг-поведения сотрудников органов внутренних дел, прошедших службу в условиях чрезвычайных ситуаций, выявил выраженные различия в используемых стратегиях совладания между мужчинами и женщинами (табл. 7). Профиль копинг-стратегий существенно различается по ряду шкал, что отражает различия в характере адаптивного реагирования на экстремальные стресс-факторы боевых действий и профессиональной деятельности.

**Таблица 7** – Копинг-стратегии у мужчин и женщин – участников боевых действий, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, баллы

Параметр	Женщины (n=128)		Мужчины (n=134)		t	p
	M	SD	M	SD		
Конфронтация	30,32	10,9	73,8	14,4	-27,43	0,001
Дистанцирование	28,5	6,2	74,7	16,1	-30,38	0,001
Контроль	72,2	10,2	53,6	25,2	7,75	0,001
Поиск социальной поддержки	48,1	16,6	26,9	6,8	13,65	0,001
Принятие ответственности	46,3	16,1	49,9	25,7	-1,39	0,167
Бегство-избегание	28,5	9,9	21,7	8,8	3,38	0,001
Планирование решения проблемы	53,9	13,9	60,2	12,9	-3,22	0,001
Положительная переоценка	52,9	10,5	5,7	6,6	36,12	0,001

Женщины продемонстрировали значительно более высокий уровень использования адаптивных конструктивных стратегий, направленных на активное регулирование поведения и переработку стрессовой ситуации. Так, показатели по шкале «Контроль» были существенно выше у женщин ( $72,2 \pm 10,2$  балла) по сравнению с мужчинами ( $53,6 \pm 25,2$  балла;  $t = 7,75$ ;  $p < 0,001$ ), что свидетельствует об их большей склонности к саморегуляции и самостоятельному управлению ситуацией. Аналогичная тенденция отмечена по шкале «Поиск социальной поддержки»: женщины чаще прибегали к социально ориентированным стратегиям совладания ( $48,1 \pm 16,6$  против  $26,9 \pm 6,8$  балла у мужчин;  $t = 13,65$ ;  $p < 0,001$ ), что отражает их большую готовность к обращению за эмоциональной и инструментальной помощью.

Стратегия «Положительная переоценка» также характерна преимущественно для женщин, которые демонстрировали значительно более высокие значения ( $52,9 \pm 10,5$  балла) по сравнению с мужчинами ( $5,7 \pm 6,6$  балла;  $t = 36,12$ ;  $p < 0,001$ ). Это свидетельствует о большей выраженности когнитивных механизмов переработки травматического опыта и способности переструктурировать ситуацию в менее стрессогенном ключе.

Для мужчин, напротив, характерно преимущественное использование неадаптивных направленных наружу копинг-стратегий. Особенно выраженные различия зафиксированы по шкалам «Конфронтация» ( $73,8 \pm 14,4$  балла у мужчин и  $30,32 \pm 10,9$  у женщин;  $t = -27,43$ ;  $p < 0,001$ ) и «Дистанцирование» ( $74,7 \pm 16,1$  против  $28,5 \pm 6,2$  балла;  $t = -30,38$ ;  $p < 0,001$ ). Данные паттерны отражают склонность мужчин к внешне ориентированному, менее конструктивному реагированию – избеганию ситуационной переработки и повышенной агрессивности в ответ на стресс.

Различия по шкале «Бегство-избегание» также оказались статистически значимыми ( $28,5 \pm 9,9$  балла у женщин и  $21,7 \pm 8,8$  балла у мужчин;  $t = 3,38$ ;  $p < 0,001$ ), однако в этой сфере женщины демонстрировали более высокие значения, что может отражать эмоциональную реактивность и стремление снизить психоэмоциональное напряжение за счёт временного ухода от

проблемы. По шкале «Планирование решения проблемы» мужчины показали более высокие значения ( $60,2 \pm 12,9$  балла) по сравнению с женщинами ( $53,9 \pm 13,9$  балла), различия статистически значимы ( $t = -3,22$ ;  $p < 0,001$ ), что указывает на большую выраженность рационально-аналитического подхода к преодолению сложных ситуаций у сотрудников-мужчин.

Показатели по шкале «Принятие ответственности» не продемонстрировали статистически значимых различий ( $t = -1,39$ ;  $p = 0,167$ ), что свидетельствует о сопоставимой готовности как мужчин, так и женщин признавать личный вклад и ответственность в возникновении сложной служебной ситуации.

Полученные результаты иллюстрируют наличие выраженного гендерного паттерна копинг-поведения: мужчины чаще используют стратегии конфронтации и дистанцирования, тогда как женщины – конструктивные, социально и когнитивно ориентированные способы совладания. Эти данные важны для разработки индивидуализированных программ психопрофилактики и психореабилитации сотрудников ОВД, прошедших службу в условиях чрезвычайных ситуаций, с учётом гендерно определённых поведенческих и эмоциональных реакций.

Анализ показателей жизнестойкости также выявил ряд значимых различий между мужчинами и женщинами – сотрудниками органов внутренних дел, прошедшими службу в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций (см. табл. 8). Несмотря на сопоставимые уровни общего включённого реагирования на стресс, женщины продемонстрировали более выраженные показатели по ключевым компонентам жизнестойкости.

Показатель «Вовлечённость» оказался практически одинаковым в обеих группах ( $40,2 \pm 8,9$  балла у женщин и  $39,9 \pm 8,3$  балла у мужчин;  $t = 0,27$ ;  $p = 0,789$ ), что свидетельствует о сходной способности воспринимать профессиональные и жизненные ситуации как значимые и ценностно нагруженные, несмотря на воздействие экстремальных факторов.

**Таблица 8** – Жизнестойкость у женщин и мужчин – участников боевых действий, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, баллы

Параметр жизнестойкости	Женщины (n=128)		Мужчины (n=134)		t	p
	M	SD	M	SD		
Вовлечённость	40,2	8,9	39,9	8,3	0,27	0,789
Контроль	37,7	9,9	33,3	7,3	4,07	0,000
Принятие риска	23,3	9,6	19,1	4,7	4,52	0,000

Более существенные межгендерные различия выявлены по компоненту «Контроль». Женщины имели достоверно более высокие показатели ( $37,7 \pm 9,9$  балла) по сравнению с мужчинами ( $33,3 \pm 7,3$  балла;  $t = 4,07$ ;  $p < 0,001$ ), что указывает на их большую уверенность в возможности влиять на ход событий и управлять ситуацией даже в условиях неопределённости и боевого стресса. Это согласуется с выявленными ранее данными по выраженности конструктивных копинг-стратегий у женщин, включая поиск социальной поддержки и использование механизмов положительной переоценки.

По шкале «Принятие риска» женщины также продемонстрировали более высокие результаты ( $23,3 \pm 9,6$  балла против  $19,1 \pm 4,7$  балла у мужчин;  $t = 4,52$ ;  $p < 0,001$ ). Данный компонент отражает готовность воспринимать изменения и непредсказуемые ситуации как естественную часть служебной деятельности, что может способствовать более гибкому адаптивному реагированию и снижению уровня дезадаптивных переживаний. Более низкие показатели у мужчин могут свидетельствовать о повышенной эмоциональной уязвимости к неопределённости или склонности к более ригидным стратегиям реагирования.

В целом полученные результаты отражают, что женщины – сотрудники органов внутренних дел обладают более выраженными ресурсами жизнестойкости, прежде всего в компонентах контроля и принятия риска, в то время как мужчины характеризуются сравнительно более низкими уровнями данных адаптационных ресурсов. Совокупность данных по копинг-поведениям

и жизнестойкости формирует целостный гендерный профиль адаптации после экстремальных служебных воздействий, подчёркивая необходимость дифференцированных подходов в программах психопрофилактики и реабилитации.

### 3.2.5. Удовлетворенность службой у сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций

Анализ удовлетворённости служебной деятельностью у сотрудников органов внутренних дел, принимавших участие в боевых действиях, показал, что женщины в целом демонстрируют более низкие показатели удовлетворённости службой по сравнению с мужчинами (табл. 9).

**Таблица 9** – Удовлетворённость службой, у женщин и мужчин – сотрудников ОВД – участников боевых действий, баллы

Параметр	Женщины (n=128)		Мужчины (n=134)		t	p
	M	SD	M	SD		
Зарплата	14,7	3,9	17,1	3,0	-5,58	0,001
Карьера	15,3	3,5	16,5	1,8	-3,34	0,001
Руководство	16,9	2,4	18,9	1,1	-8,71	0,001
Дополнительные льготы	12,4	3,2	12,7	2,5	-0,71	0,482
Зависимые вознаграждения	15,5	2,9	16,2	3,9	-1,54	0,125
Условия выполнения	14,2	3,5	15,8	2,8	-4,90	0,001
Коллеги	15,6	2,5	18,0	1,8	-10,39	0,001
Характер работы	18,8	3,6	20,0	2,3	-4,40	0,001
Информирование	13,3	3,3	14,4	2,5	-3,52	0,001
Интегральный показатель довлетворенности службой	144,3	15,3	157,5	9,1	-7,97	0,001

Различия затрагивают большинство ключевых аспектов служебной деятельности, что отражает различное восприятие организационных, социальных и мотивационных факторов у женщин и мужчин после воздействия

экстремальных стресс-факторов. Интегральный показатель удовлетворённости службой у женщин составил  $144,3 \pm 15,3$  балла и был достоверно ниже, чем у мужчин ( $157,5 \pm 9,1$  балла;  $t = -7,97$ ;  $p < 0,001$ ). Это свидетельствует о менее благоприятном субъективном восприятии служебной деятельности и её условий женщинами, участвовавшими в боевых действиях.

По шкале «Зарплата» женщины также продемонстрировали более низкую удовлетворённость ( $14,7 \pm 3,9$  балла) по сравнению с мужчинами ( $17,1 \pm 3,0$  балла;  $t = -5,58$ ;  $p < 0,001$ ). Аналогичная тенденция отмечена и в отношении карьерных ожиданий: показатель удовлетворённости карьерными возможностями у женщин составил  $15,3 \pm 3,5$  балла, что существенно ниже, чем у мужчин ( $16,5 \pm 1,8$  балла;  $t = -3,34$ ;  $p < 0,001$ ). Это отражает ограниченную удовлетворённость перспективами профессионального развития после возвращения из зон ЧС.

Женщины также демонстрировали более критичное отношение к руководству ( $16,9 \pm 2,4$  балла), тогда как мужчины оценивали данный аспект значительно выше ( $18,9 \pm 1,1$  балла;  $t = -8,71$ ;  $p < 0,001$ ). Это может свидетельствовать о меньшем уровне восприятия организационной поддержки и управленческой справедливости среди женщин.

Уровень удовлетворённости условиями выполнения служебных обязанностей у женщин оказался ниже ( $14,2 \pm 3,5$  против  $15,8 \pm 2,8$  балла у мужчин;  $t = -4,90$ ;  $p < 0,001$ ), что отражает более критическую оценку материально-технических и организационно-служебных условий. Женщины также менее удовлетворены взаимоотношениями с коллегами ( $15,6 \pm 2,5$  балла), тогда как мужчины оценивали этот аспект выше ( $18,0 \pm 1,8$  балла;  $t = -10,39$ ;  $p < 0,001$ ), что может указывать на большую актуальность социальной поддержки для женского контингента и более выраженное восприятие межличностной напряжённости.

Показатели удовлетворённости характером работы также оказались ниже у женщин ( $18,8 \pm 3,6$  балла) в сравнении с мужчинами ( $20,0 \pm 2,3$  балла;  $t = -4,40$ ;  $p < 0,001$ ), что может свидетельствовать о различиях в распределении

служебных задач, уровне нагрузки и субъективной значимости выполняемых функций. По шкале «Информирование» женщины также продемонстрировали меньшую удовлетворённость ( $13,3 \pm 3,3$  против  $14,4 \pm 2,5$  балла;  $t = -3,52$ ;  $p < 0,001$ ), указывая на возможные сложности в доступе к служебной информации или уровне включённости в управленческие процессы.

В то же время различия по показателям «Дополнительные льготы» и «Зависимые вознаграждения» оказались статистически незначимыми ( $p = 0,482$  и  $p = 0,125$  соответственно), что свидетельствует о приблизительно одинаковом восприятии формализованных аспектов материального стимулирования.

В целом результаты показывают, что женщины – участницы боевых действий и чрезвычайных ситуаций – оценивают служебную деятельность более критично, чем мужчины. Это проявляется как в организационно-мотивационных, так и в межличностных и содержательных аспектах службы. Снижение удовлетворённости может рассматриваться как один из индикаторов эмоционального истощения и напряжённости адаптационных ресурсов, что следует учитывать при разработке программ психопрофилактики и сопровождения сотрудников ОВД после ЧС.

### **3.3. Профессиональный аспект психического здоровья женщин – сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций**

Профессиональный аспект психического здоровья женщин – сотрудников органов внутренних дел после воздействия стресс-факторов чрезвычайных ситуаций заключается в специфическом сочетании высокой эмоциональной нагрузки, интенсивного межличностного взаимодействия и служебной ответственности, которые формируют повышенный риск развития стресс-ассоциированных психических и психосоматических расстройств.

### **3.3.1. Нозологическая структура психических и психосоматических нарушений у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности**

Анализ структуры психических и соматических расстройств среди женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, распределённых на две профессиональные подгруппы, выявил ряд значимых различий, отражающих влияние служебного профиля на нозологический спектр выявляемых нарушений. Установлено, что у сотрудниц социономического профиля (1-я подгруппа), чья деятельность связана с интенсивным межличностным взаимодействием и оказанием помощи гражданам, психические расстройства регистрировались чаще, чем у женщин административно-оперативного направления (2-я подгруппа): 42,9 % против 27,7 % соответственно ( $\chi^2 = 2,94$ ;  $p = 0,087$ ). Несмотря на то, что различия не достигли статистической значимости, наблюдается выраженная тенденция к большей психоэмоциональной уязвимости сотрудниц, выполняющих функции, сопряжённые с высоким уровнем эмоционального воздействия. Наиболее существенные межгрупповые различия отмечались по соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.0) и соматизированному расстройству (F45.2). Частота F45.0 в 1-й подгруппе была более чем в два раза выше, чем во 2-й (9,5 % против 4,6 %;  $\chi^2 = 3,97$ ;  $p = 0,046$ ), а F45.2 – в 6,3 % против 1,5 % случаев соответственно ( $\chi^2 = 3,88$ ;  $p = 0,049$ ). Выявленные различия свидетельствуют о большей склонности к развитию психосоматических проявлений у сотрудниц социономического профиля, регулярно сталкивающихся с эмоционально трудными ситуациями и выраженным межличностным напряжением (см. табл. 10).

Тревожные и стресс-ассоциированные расстройства (F41–F43) также чаще встречались в 1-й подгруппе (22,2 % против 15,4 %); различия не достигли статистической значимости ( $p = 0,078$ ), однако тенденция подтверждает большую частоту стресс-ассоциированных психических состояний у женщин, профессиональная деятельность которых предполагает социальную поддержку и взаимодействие с кризисными контингентами.

**Таблица 10** – Частота психических и соматических расстройств у женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, %

Код по МКБ-10	Диагноз	1-я подгруппа (n = 63)		2-я подгруппа (n = 65)		$\chi^2$	p
		Абс.	%	Абс.	%		
I10	Артериальная гипертензия	12	19,0	17	26,2	1,03	0,310
F45.0	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	6	9,5	3	4,6	3,97	0,046*
F45.2	Соматизированное расстройство	4	6,3	1	1,5	3,88	0,049*
F41– F43	Тревожные и стресс-ассоциированные расстройства	14	22,2	10	15,4	3,12	0,078
G43	Мигрень	5	7,9	4	6,2	0,19	0,665
K58	Синдром раздражённого кишечника	3	4,8	4	6,2	0,13	0,717
K29	Хронический гастрит	6	9,5	6	9,2	0,00	0,975
E11	Сахарный диабет 2 типа	2	3,2	3	4,6	0,20	0,654
F54	Психологические факторы при соматических заболеваниях	3	4,8	4	6,2	0,13	0,717
Всего	≥ 1 психическое расстройство	27	42,9	18	27,7	2,94	0,087
Всего	≥ 1 соматическое заболевание	28	44,4	34	52,3	0,74	10,390

*Примечание:* различия статистически значимы при  $p < 0,05$ .

Соматические заболевания встречались с высокой частотой в обеих профессиональных группах, при этом статистически значимых различий между ними не получено (44,4 % и 52,3 %;  $\chi^2 = 0,74$ ;  $p = 0,390$ ). Наиболее распространённой нозологией в обеих подгруппах являлась артериальная гипертензия (I10), выявленная у 19,0 % сотрудниц социономического профиля

и 26,2 % представительниц административно-оперативного направления. Частота хронического гастрита (K29) составила около 9 % в обеих подгруппах, что свидетельствует о схожести гастроэнтерологического профиля заболеваемости. Аналогично не выявлено значимых различий по мигрени (G43), синдрому раздражённого кишечника (K58), сахарному диабету 2 типа (E11) и психологическим факторам при соматических заболеваниях (F54).

Различия между профессиональными группами наиболее выражены в сфере соматоформных и психосоматических расстройств, которые статистически чаще диагностируются у сотрудниц социономического профиля. Это подчёркивает роль эмоциональных и коммуникативных требований профессии в формировании психофизиологического неблагополучия и акцентирует необходимость разработки дифференцированных подходов к психопрофилактике и медико-психологическому сопровождению.

### **3.3.2. Донозологические стресс-ассоциированные расстройства у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности**

Оценка донозологических стресс-ассоциированных нарушений среди женщин – сотрудников органов внутренних дел выявила выраженные различия между профессиональными подгруппами (см. табл. 11). Психологический скрининг показал, что уровень эмоционального неблагополучия и стресс-индуцированных проявлений у представительниц социономического профиля (1-я подгруппа) существенно выше, чем у сотрудниц административно-оперативного направления (2-я подгруппа).

Выраженность симптомов посттравматического стресса (по шкале TSQ) была несколько выше в 1-й подгруппе ( $4,3 \pm 1,1$  балла) по сравнению со 2-й ( $3,9 \pm 1,2$  балла), различия не достигли статистической значимости ( $t = 1,73$ ;  $p = 0,086$ ), однако выявленная тенденция согласуется с характером профессиональной деятельности сотрудниц, постоянно находящихся

в эмоционально нагруженных ситуациях и взаимодействующих с контингентами, переживающими кризис.

**Таблица 11** – Результаты психологического скрининга у двух групп женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, баллы

Параметр	1-я подгруппа (n = 63)		2-я подгруппа (n = 65)		t	p
	M	SD	M	SD		
ПТСР (TSQ),	4,3	1,1	3,9	1,2	1,73	0,086
Тревога (HADS-A)	8,4	1,8	7,2	1,9	3,72	0,001*
Депрессия (HADS-D)	6,3	2,2	5,2	1,8	3,08	0,003*
QIDS	6,6	2,7	5,6	2,9	2,10	0,03

*Примечание:* различия статистически значимы при  $p < 0,05$ .

Более выраженные межгрупповые различия отмечены по уровню тревоги (HADS-A). Сотрудницы социономического профиля демонстрировали достоверно более высокий уровень тревожности ( $8,4 \pm 1,8$  балла) по сравнению с женщинами административно-оперативной подгруппы ( $7,2 \pm 1,9$ ;  $t = 3,72$ ;  $p < 0,001$ ). Эти данные свидетельствуют о большей чувствительности к эмоциональному напряжению и высокой вероятности формирования тревожных реакций у женщин, чья профессиональная деятельность предполагает оказание помощи, консультирование и постоянный контакт с населением в стрессовых условиях.

По шкале депрессии (HADS-D) различия также оказались статистически значимыми ( $6,3 \pm 2,2$  балла против  $5,2 \pm 1,8$ ;  $t = 3,08$ ;  $p = 0,003$ ), что указывает на более выраженные депрессивные тенденции у сотрудников социономического профиля. Это может быть связано как с хроническим эмоциональным напряжением, так и с фактором профессионального эмоционального выгорания, характерным для профессий «помогающего» типа.

Показатели по шкале QIDS, отражающие выраженность депрессивной симптоматики в более широком клиническом диапазоне, также были выше у женщин 1-й подгруппы ( $6,6 \pm 2,7$  балла), чем у представительниц 2-й группы ( $5,6$

$\pm 2,9$  балла). Различия достигли статистической значимости ( $t = 2,10$ ;  $p = 0,03$ ), подтверждая повышенную склонность к развитию субдепрессивных проявлений в условиях эмоционально интенсивной деятельности.

Таким образом, у женщин социномического профиля уровень донозологических стресс-ассоциированных нарушений выше, чем у сотрудниц административно-оперативного направления. Более высокая выраженность тревожных, депрессивных и стресс-индуцированных симптомов у сотрудниц «помогающих» профессий отражает влияние постоянного межличностного взаимодействия, эмоционального включения и профессиональной нагрузки на психическое состояние. Эти результаты подчёркивают необходимость разработки дифференцированных мер психопрофилактики и программ предупреждения эмоционального выгорания с учётом специфики служебной деятельности.

### **3.3.3. Результаты инструментальных и лабораторных исследований у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности**

Сопоставление показателей инструментальных и лабораторных исследований у женщин – сотрудников органов внутренних дел в зависимости от профессионального профиля выявило преимущественно сходный уровень физиологического состояния в обеих подгруппах, однако отдельные параметры продемонстрировали статистически значимые различия.

Показатели артериального давления оказались сопоставимыми у представительниц обеих профессиональных направлений. Систолическое артериальное давление составило в среднем  $126,8 \pm 8,1$  мм рт. ст. у женщин социномического профиля (1-я подгруппа) и  $127,8 \pm 8,2$  мм рт. ст. у сотрудников административно-оперативного направления (2-я подгруппа); различия статистически незначимы ( $t = -0,63$ ;  $p = 0,532$ ). Диастолическое давление также находилось на одинаковом уровне ( $85,6 \pm 7,4$  и  $85,9 \pm 7,0$  мм рт. ст.;  $t = -0,25$ ;  $p = 0,802$ ), что свидетельствует об отсутствии различий

в гемодинамическом напряжении, обусловленном профессиональной деятельностью.

Лабораторные показатели функции печени продемонстрировали более интересную динамику. Активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) была достоверно выше у сотрудниц социономического профиля ( $37,8 \pm 8,1$  ед/л) по сравнению с представительницами административно-оперативного направления ( $34,9 \pm 7,6$  ед/л;  $t = 2,12$ ;  $p = 0,036$ ). Повышенные значения АЛТ в 1-й подгруппе могут отражать более высокую физиологическую нагрузку, возможное влияние стресс-ассоциированных механизмов или особенности метаболической реакции на эмоционально интенсивный характер служебной деятельности (табл. 12).

**Таблица 12** – Результаты лабораторных и инструментальных исследований у женщин – сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации по профессиональному профилю

Параметр	1-я подгруппа (n = 63)	2-я подгруппа (n = 65)	t	p
Систолическое АД, мм рт. ст.	$126,8 \pm 8,1$	$127,8 \pm 8,2$	– 0,63	0,532
Диастолическое АД, мм рт. ст.	$85,6 \pm 7,4$	$85,9 \pm 7,0$	– 0,25	0,802
АЛТ, ед/л	$37,8 \pm 8,1$	$34,9 \pm 7,6$	2,12	0,036*
АСТ, ед/л	$42,1 \pm 6,2$	$40,0 \pm 6,0$	1,96	0,052
Билирубин, мкмоль/л	$5,9 \pm 1,4$	$5,7 \pm 1,4$	0,61	0,543

*Примечание:* различия статистически значимы при  $p < 0,05$ .

Активность аспартатаминотрансферазы (АСТ) также оказалась несколько выше у женщин социономического профиля ( $42,1 \pm 6,2$  против  $40,0 \pm 6,0$  ед/л); различия находились на границе статистической значимости ( $t = 1,96$ ;  $p = 0,052$ ). Тенденция к повышению АСТ в данной подгруппе согласуется с более высокими показателями АЛТ и может свидетельствовать о большей

чувствительности к стрессовым воздействиям, хотя строгих межгрупповых различий не получено.

Уровень общего билирубина не различался между подгруппами ( $5,9 \pm 1,4$  и  $5,7 \pm 1,4$  мкмоль/л соответственно;  $t = 0,61$ ;  $p = 0,543$ ), что подтверждает отсутствие выраженных различий в интегральных маркерах печёночной функции.

В целом, результаты инструментально-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что физиологические показатели женщин – сотрудников органов внутренних дел остаются преимущественно стабильными вне зависимости от профессионального профиля. Однако более высокие уровни АЛТ и погранично повышенные показатели АСТ у представительниц социномических профессий могут отражать влияние эмоционально-напряжённой служебной деятельности на метаболические процессы, что согласуется с выявленными различиями в уровне психологического стресса и психосоматических проявлений в данной подгруппе.

### **3.3.4. Копинг-стратегии и жизнестойкость у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности**

Анализ копинг-стратегий у женщин – сотрудников органов внутренних дел в зависимости от профессионального профиля выявил ряд статистически значимых различий, отражающих специфику адаптивного поведения в условиях эмоционально-напряжённой служебной деятельности. Несмотря на общий сходный паттерн стратегий совладания, сотрудницы социномического профиля (1-я подгруппа) демонстрировали более выраженное использование отдельных, преимущественно эмоционально-ориентированных и социально-мобилизующих копинг-механизмов, тогда как женщины административно-оперативной группы (2-я подгруппа) чаще прибегали к когнитивно-регуляторным и проблемно-ориентированным стратегиям. По шкале

«Конфронтация» значимых различий между подгруппами не выявлено ( $31,1 \pm 10,4$  и  $29,6 \pm 11,3$  балла соответственно;  $p = 0,432$ ), что указывает на сходную склонность к прямым, иногда импульсивным попыткам влияния на ситуацию. Стратегия «Дистанцирование» также использовалась на сопоставимом уровне ( $27,8 \pm 6,0$  и  $28,9 \pm 6,3$  балла;  $p = 0,296$ ), что свидетельствует об одинаковом применении защитных механизмов эмоционального удаления от стрессора (табл. 13).

**Таблица 13** – Показатели копинг-стратегий у двух подгрупп женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, баллы

Шкала	1-я подгруппа (n = 63)		2-я подгруппа (n = 65)		t	p
	M	SD	M	SD		
Конфронтация	31,1	10,4	29,6	11,3	0,79	0,432
Дистанцирование	27,8	6,0	28,9	6,3	– 1,05	0,296
Контроль	70,0	10,4	74,2	9,8	– 2,35	0,021*
Поиск социальной поддержки	51,6	15,3	44,6	17,4	2,40	0,018*
Принятие ответственности	47,0	15,8	45,5	16,3	0,52	0,602
Бегство-избегание	30,2	9,7	26,9	10,0	2,01	0,047*
Планирование решения проблемы	51,5	14,1	56,3	13,1	– 2,03	0,044*
Положительная переоценка	55,2	9,9	50,8	10,6	2,32	0,022*

*Примечание:* различия статистически значимы при  $p < 0,05$ .

При этом по ряду стратегий выявлены статистически значимые различия. Женщины социномического профиля реже использовали стратегию «Контроль», чем административно-оперативная подгруппа ( $70,0 \pm 10,4$  против  $74,2 \pm 9,8$  балла;  $t = -2,35$ ;  $p = 0,021$ ), что может отражать снижение ощущения

способности управлять ситуацией в условиях эмоционально насыщенной профессиональной деятельности. В то же время они чаще прибегали к «Поиску социальной поддержки» ( $51,6 \pm 15,3$  против  $44,6 \pm 17,4$  балла;  $t = 2,40$ ;  $p = 0,018$ ), что соответствует характеру их профессиональной роли, связанной с межличностным взаимодействием и вовлечённостью в коммуникативные нагрузки.

Стратегия «Бегство–избегание» оказалась значительно более выраженной у женщин 1-й подгруппы ( $30,2 \pm 9,7$  балла) по сравнению с 2-й подгруппой ( $26,9 \pm 10,0$  балла;  $t = 2,01$ ;  $p = 0,047$ ). Это может свидетельствовать о большей эмоциональной истощаемости и поиске кратковременного снижения напряжения путём ухода от решения стрессовой ситуации. Противоположная тенденция выявлена по шкале «Планирование решения проблемы»: женщины административно-оперативного профиля демонстрировали более высокий уровень использования данного копинга ( $56,3 \pm 13,1$  против  $51,5 \pm 14,1$  балла;  $t = -2,03$ ;  $p = 0,044$ ), что отражает более рациональный и структурированный подход к преодолению затруднений.

Сотрудницы социономического профиля также значимо чаще прибегали к стратегии «Положительная переоценка» ( $55,2 \pm 9,9$  балла) по сравнению с коллегами административно-оперативного направления ( $50,8 \pm 10,6$  балла;  $t = 2,32$ ;  $p = 0,022$ ), что может отражать использование когнитивных механизмов эмоциональной переработки и стремление придать стрессовой ситуации новый позитивный смысл.

При этом по шкале «Принятие ответственности» различия отсутствовали ( $47,0 \pm 15,8$  и  $45,5 \pm 16,3$  балла;  $p = 0,602$ ), что свидетельствует о сопоставимой готовности обеих групп признавать личный вклад в возникновение сложных служебных ситуаций.

В целом полученные данные показывают, что женщины социономического профиля в большей степени опираются на эмоционально-ориентированные и социально модифицирующие копинг-стратегии (поиск поддержки, переоценка, избегание), тогда как сотрудники административно-

оперативной сферы чаще прибегают к когнитивно-поведенческим стратегиям управления ситуацией (контроль, планирование). Различия в копинг-профилях отражают специфику профессиональной среды и могут объяснять выявленные различия в выраженности стресс-ассоциированных нарушений между подгруппами.

Сравнительный анализ показателей жизнестойкости у женщин – сотрудников органов внутренних дел, распределённых по профессиональному профилю, выявил различия в отдельных компонентах этого адаптивного ресурса (см. табл. 14). Несмотря на общую сходность интегрального уровня жизнестойкости, женщины социномического профиля (1-я подгруппа) продемонстрировали несколько более выраженные показатели по ряду ключевых параметров, отражающих их способность выдерживать эмоциональные и профессиональные нагрузки.

Показатель «Вовлечённость» был несколько выше у сотрудниц 1-й подгруппы ( $41,3 \pm 8,7$  балла) по сравнению с представительницами административно-оперативного направления ( $39,1 \pm 9,1$  балла;  $t = 1,37$ ;  $p = 0,173$ ), однако различия не достигли статистической значимости. Это свидетельствует о сопоставимой способности обеих профессиональных групп воспринимать служебные и жизненные события как значимые, требующие участия и активности со стороны личности.

Более выраженные межгрупповые различия выявлены по компоненту «Контроль». Женщины социномического профиля демонстрировали достоверно более высокие показатели ( $39,9 \pm 9,5$  балла), чем сотрудницы административно-оперативной подгруппы ( $35,7 \pm 10,1$  балла;  $t = 2,49$ ;  $p = 0,014$ ). Это отражает более сильную субъективную уверенность в способности влиять на ситуацию, управлять её развитием и сохранять внутреннюю устойчивость даже в условиях высокой эмоциональной и служебной нагрузки.

**Таблица 14** – Жизнестойкость у женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, баллы

Параметр жизнестойкости	1-я подгруппа (n = 63)		2-я подгруппа (n = 65)		t	p
	M	SD	M	SD		
Вовлечённость	41,3	8,7	39,1	9,1	1,37	0,173
Контроль	39,9	9,5	35,7	10,1	2,49	0,014*
Принятие риска	24,8	8,9	21,6	9,9	2,01	0,047*

*Примечание:* различия статистически значимы при  $p < 0,05$ .

Компонент «Принятие риска» также оказался значимо выше в 1-й подгруппе ( $24,8 \pm 8,9$  против  $21,6 \pm 9,9$  балла;  $t = 2,01$ ;  $p = 0,047$ ), что указывает на большую готовность представительниц социономических профессий принимать вызовы, связанные с неопределённостью, изменением служебных условий и необходимостью принятия решений в ситуациях повышенной сложности. Эти особенности могут способствовать большей гибкости в адаптации и устойчивости к эмоционально нагруженным факторам профессиональной деятельности.

Женщины социономического профиля характеризуются более выраженными компонентами жизнестойкости – контролем и принятием риска – по сравнению с представительницами административно-оперативной сферы. Эти различия согласуются с выявленными ранее особенностями копинг-стратегий и уровнем психоэмоциональной нагрузки, подтверждая, что специфика профессиональной деятельности формирует различный характер адаптационных ресурсов и устойчивости к стрессу.

### **3.3.5. Удовлетворенность службой у женщин – сотрудников органов внутренних дел с различным профилем профессиональной деятельности**

Анализ удовлетворённости служебной деятельностью среди женщин – сотрудников органов внутренних дел выявил преимущественно сходный

уровень оценок по большинству параметров опросника JSS, однако ряд показателей продемонстрировали статистически значимые различия между профессиональными подгруппами.

По параметрам «Зарплата», «Карьера», «Руководство», «Дополнительные льготы», «Зависимые вознаграждения» и «Условия выполнения служебных обязанностей» статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ). Это указывает на то, что женщины обеих профессиональных групп сходным образом оценивают формальные аспекты служебной деятельности, возможности карьерного продвижения, материальное стимулирование и качество управленческого взаимодействия (табл. 15).

**Таблица 15** – Удовлетворённость службой у женщин – сотрудников ОВД г. Москвы, баллы

Параметр	1-я подгруппа (n = 63)		2-я подгруппа (n = 65)		t	p
	M	SD	M	SD		
Зарплата	14,1	4,0	15,3	3,9	-1,81	0,073
Карьера	15,7	3,1	14,9	3,9	1,10	0,273
Руководство	17,2	2,1	16,7	2,6	1,01	0,315
Дополнительные льготы	12,5	3,2	12,3	3,3	0,43	0,668
Зависимые вознаграждения	15,7	3,1	15,4	2,9	0,44	0,661
Условия выполнения	14,7	3,2	13,8	3,6	1,31	0,193
Коллеги	16,3	2,2	14,8	2,5	3,52	0,001*
Характер работы	19,4	3,1	17,5	3,9	2,99	0,003*
Информирование	12,7	3,5	13,9	3,1	-2,02	0,046*
Интегральный показатель удовлетворённости службой	147,6	14,3	141,2	16,1	2,23	0,028

В то же время показатель «Коллеги» демонстрировал достоверно более высокую удовлетворённость во 1-й подгруппе (социально-экономический профиль), где он составил  $16,3 \pm 2,2$  балла, по сравнению со 2-й подгруппой (административно-оперативный профиль) –  $14,8 \pm 2,5$  балла ( $t = 3,52$ ;  $p = 0,001$ ). Это может отражать

большую значимость межличностных отношений и более положительное восприятие социально-психологического климата в профессиональной среде у сотрудниц социономического профиля, для которых межличностное взаимодействие является ключевой частью служебной деятельности.

Различия выявлены и по шкале «Характер работы». Женщины 1-й подгруппы оценивали этот аспект выше ( $19,4 \pm 3,1$  балла), чем сотрудницы административно-оперативного профиля ( $17,5 \pm 3,9$  балла;  $t = 2,99$ ;  $p = 0,003$ ). Это свидетельствует о том, что представительницы социономических профессий в целом более удовлетворены содержанием служебной деятельности, разнообразием, смысловой наполненностью и возможностью реализовывать профессиональные навыки.

Динамика показателя «Информирование» – у женщин 2-й подгруппы удовлетворённость качеством служебных коммуникаций была несколько выше ( $13,9 \pm 3,1$  против  $12,7 \pm 3,5$ ;  $t = -2,02$ ;  $p = 0,046$ ), что может отражать особенности организационно-служебной структуры, при которой сотрудники административно-оперативного звена получают более своевременную и полную служебную информацию.

Интегральный показатель удовлетворённости службой был статистически выше у женщин социономического профиля ( $147,6 \pm 14,3$  балла), чем у представительниц административно-оперативной подгруппы ( $141,2 \pm 16,1$  балла;  $t = 2,23$ ;  $p = 0,028$ ). Это подтверждает, что в целом сотрудницы 1-й подгруппы испытывают более высокий уровень служебной удовлетворённости, что согласуется с наблюдаемым более благоприятным восприятием межличностных отношений и характера работы.

Таким образом, профессиональный профиль оказывает определённое влияние на удовлетворённость службой у женщин – сотрудников органов внутренних дел. Сотрудницы социономического направления демонстрируют более высокую удовлетворённость межличностными аспектами и содержанием профессиональной деятельности, тогда как представительницы административно-оперативного профиля несколько выше оценивают

организационно-информационные процессы. Эти различия следует учитывать при разработке мероприятий по оптимизации служебного климата и повышению удовлетворённости персонала.

## **Глава IV. СИСТЕМА СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И МНОГОУРОВНЕВАЯ ПРОГРАММА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СТРЕСС- АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН – СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

### **4.1. Научно-методологические основания разработки трехуровневой модели стратификации риска формирования дезадаптации у женщин – сотрудников органов внутренних дел в чрезвычайных условиях профессиональной деятельности**

Для выявления ключевых детерминант психической и психосоматической дезадаптации у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходивших службу в условиях чрезвычайных ситуаций, был проведён факторный анализ (метод главных компонент с вращением Varimax) на объединённой женской выборке ( $n = 128$ ). Несмотря на умеренные величины собственных значений вторичных факторов ( $\lambda = 1,14-1,72$ ), факторная модель является методологически легитимной, поскольку все выделенные компоненты удовлетворяют критерию Kaiser ( $>1$ ), обладают интерпретируемыми нагрузками  $\geq 0,40$  и в совокупности объясняют 53,5 % дисперсии, что соответствует общепринятым требованиям информативности и адекватности факторных структур в клинико-психологических исследованиях (см. табл. 16).

Итоговая структура включила четыре независимых фактора (F1–F4), суммарно объясняющих 53,5 % общей дисперсии, что подтверждает достаточную информативность модели и её пригодность для последующего кластерирования признаков риска.

Первый фактор – F1 «Поведенческие копинг-стратегии активного реагирования» – обладает наибольшим собственным значением (6,05) и объясняет 31,8 % общей вариативности.

**Таблица 16** – Факторы, способствующие формированию психической дезадаптации у женщин – сотрудников органов внутренних дел, участников боевых действий

Параметр	Фактор 1 F1	Фактор 2 F2	Фактор 3 F3	Фактор 4 F4
ПТСР	0,12	-0,06	-0,10	0,41
Тревога	0,08	-0,05	-0,10	0,23
Депрессия	0,03	-0,04	0,01	0,28
QIDS	-0,05	0,17	0,09	0,16
Систолическое АД	-0,05	-0,17	0,04	-0,03
Диастолическое АД	-0,06	-0,18	0,02	0,01
АЛТ	0,09	0,36	-0,08	0,00
АСТ	0,01	0,40	-0,06	-0,02
Билирубин	0,07	0,31	-0,09	0,00
Конфронтация	0,68	0,06	0,05	-0,05
Дистанцирование	0,61	-0,01	0,01	0,03
Контроль (копинг)	0,55	-0,06	0,04	0,06
Поиск социальной поддержки	0,34	-0,03	0,06	0,02
Принятие ответственности	0,42	0,00	0,01	0,01
Бегство-избегание	0,25	-0,02	0,36	0,06
Планирование решения	0,43	0,02	-0,05	0,02
Положительная переоценка	0,28	0,09	0,37	-0,01
Жизнестойкость: вовлечённость	0,10	0,03	0,50	0,01
Жизнестойкость: контроль	0,11	0,05	0,41	0,02
Жизнестойкость: принятие риска	0,06	0,10	0,45	0,04
Собственное значение	6,05	1,72	1,28	1,14
Доля дисперсии	31,8 %	9,0 %	6,7 %	6,0 %

В структуру F1 входят поведенческие и когнитивные стратегии совладания: конфронтация (нагрузка 0,68), дистанцирование (0,61), контроль в копинге (0,55), планирование решения проблемы (0,43), принятие ответственности (0,42), поиск социальной поддержки (0,34) и положительная переоценка (0,28), а также в меньшей степени бегство-избегание (0,25). Такой состав отражает сложный, многокомпонентный копинг-профиль, сочетающий адаптивные стратегии и элементы напряжённого реагирования. Несмотря на выраженную ориентированность на активное совладание, сочетание конфронтации и дистанцирования, указывает на потенциальную противоречивость копингов, что в условиях хронического стресса может способствовать формированию эмоционального истощения. Фактор F1 стал основой для формирования поведенческого кластера риска в последующей стратификационной модели.

Второй фактор – F2 «Соматофизиологическая и метаболическая стресс-реактивность» – объясняет 9,0 % дисперсии (собственное значение 1,72) и включает биохимические показатели: АСТ (0,40), АЛТ (0,36) и билирубин (0,31). Данный фактор характеризует соматофизиологический компонент адаптационного процесса и отражает степень вовлечённости метаболических систем в реакцию на психоэмоциональное напряжение. Наличие повышенных нагрузок на биохимические маркеры свидетельствует о связи между хроническим стрессом и функциональным состоянием печени, что согласуется с современными данными о соматовегетативной природе стресс-индуцированных изменений. Переменные F2 были включены в кластер соматофизиологического риска.

Третий фактор – F3 «Личностная жизнестойкость и когнитивно-смысловые ресурсы» – объясняет 6,7 % общей дисперсии (собственное значение 1,28). В его структуру входят показатели жизнестойкости: вовлечённость (0,50), принятие риска (0,45) и контроль (0,41), а также положительная переоценка (0,37) и умеренная нагрузка бегства-избегания (0,36). Такой состав указывает на выраженность когнитивно-смысловых ресурсов и способность сохранять

активную позицию при выполнении служебных задач. В то же время включение в фактор элемента избегания демонстрирует наличие скрытых напряжённых переживаний, которые могут снижать устойчивость при длительном воздействии стрессоров. Фактор F3 послужил теоретической основой личностного кластера риска в системе стратификации.

Четвёртый фактор – F4 «Аффективный дистресс (тревога, депрессия, ПТСР)» – объясняет 6,0 % общей дисперсии (собственное значение 1,14) и объединяет психопатологические проявления: ПТСР (0,41), депрессию (0,28), тревогу (0,23) и выраженность депрессивных симптомов по шкале QIDS (0,16). Структура F4 отражает наличие эмоционального напряжения, возникающего относительно автономно от копинг-стратегий и жизнестойкости. Данный фактор определяет аффективный компонент уязвимости, который играет важную роль в формировании риска развития тревожных, депрессивных и стресс-индуцированных расстройств. F4 был положен в основу аффективного кластера риска в интегральной модели.

Таким образом, факторная структура, представленная четырьмя компонентами – F1 (поведенческий копинг), F2 (соматофизиологическая реактивность), F3 (жизнестойкость), F4 (аффективный дистресс) – сформировала теоретическую основу для создания трёхуровневой системы стратификации риска. Именно она была использована для выделения ключевых кластеров, определения цифровых порогов, построения матрицы риска и разработки интегрального балльного показателя, позволяющего оценивать вероятность формирования психической и психосоматической дезадаптации у женщин – сотрудников органов внутренних дел, выполнявших служебные задачи в условиях чрезвычайных ситуаций.

#### **4.2. Система кластерной оценки и балльного распределения уровней риска**

С учётом установленной факторной структуры была разработана дискретная система оценки риска, основанная на шести ключевых кластерах:

копинг-стратегиях, жизнестойкости, аффективном состоянии, соматофизиологической стресс-реактивности, нарушениях сна и выраженности служебно-семейных стрессоров. Каждому кластеру присваивалось от 0 до 2 баллов в зависимости от степени выраженности неблагоприятного признака, что обеспечивало их количественную дифференциацию (см. табл. 17).

**Таблица 17** – Дискретная система балльной оценки (Risk Score)

Кластер оценки	Обозначение	Баллы риска	Критерии присвоения баллов
Поведенческий копинг	$s_1$	0 / 1 / 2	<40 (0); 40–55 (1); >55 (2)
Жизнестойкость	$s_2$	0 / 1 / 2	Контроль >35 (0); 30–35 (1); <30 (2)
Аффективный дистресс	$s_3$	0 / 1 / 2	HADS <7 (0); 7–9 (1); ≥10 (2)
Соматофизиологическая реактивность	$s_4$	0 / 1 / 2	Норма (0); вариабельность <15% (1); ≥20% (2)
Нарушения сна	$s_5$	0 / 1 / 2	<2 раз/нед. (0); 2–3 раза/нед. (1); >3 раз/нед. (2)
Служебно-семейные стрессоры	$s_6$	0 / 1 / 2	Низкие (0); умеренные (1); выраженные (2)

Полученные частные оценки (0 – низкий риск, 1 – умеренный, 2 – высокий) суммировались в интегральный показатель риска согласно принятой формуле 1.

$$R_i = \sum_{k=1}^6 s_{ik} \quad \begin{array}{l} \text{Интегральный риск-балл сотрудницы } i, \text{ сумма частных} \\ \text{оценок по шести кластерам} \end{array} \quad (1)$$

$s_{ik} \in \{0; 1; 2\}$  Каждому фактору присваивается 0, 1 или 2 балла в зависимости от уровня риска

Итоговый балл R лежал в диапазоне от 0 до 12 и служил основанием для отнесения сотрудницы к низкому, среднему или высокому уровню риска развития психических и психосоматических расстройств. Значения 0–4 балла соответствовали низкому уровню риска, 5–8 баллов – среднему, а 9–12 баллов – высокому, что отражено в интерпретационной схеме (табл. 18).

**Таблица 18 – Интерпретация итогового балла  $R_i$** 

Диапазон $R_i$	Группа риска	Клиническая интерпретация
0–4	Низкий	Адаптивные стратегии, отсутствие выраженного дистресса
5–8	Средний	Умеренные факторы риска, необходим мониторинг
9–12	Высокий	Выраженная дезадаптация, необходима коррекция/лечение

Разработанная система позволяет проводить количественную оценку психофизиологической уязвимости сотрудниц, выполнять мониторинг динамики риска, а также планировать профилактические и реабилитационные мероприятия.

#### **4.3. Цифровые пороги и диагностические критерии кластеров риска и взвешенный интегральный индекс, обоснование**

Для обеспечения практической применимости модели были определены строгие цифровые пороги, соответствующие низкому, среднему и высокому уровням риска по каждому кластеру. Пороговые значения определялись на основе статистически достоверных межгрупповых различий, корреляционных связей и распределения показателей в выборке. Их сводная характеристика представлена в обобщённой матрице цифровых критериев (см. табл. 19).

Так, неблагоприятные значения по копинг-стратегиям определялись при конфронтации выше 55 баллов и дистанцировании выше 45 баллов. Снижение жизнестойкости трактовалось как контроль ниже 30 баллов и принятие риска ниже 18 баллов. Аффективный дистресс классифицировался как клинически значимый при значениях HADS-A  $\geq 10$ , HADS-D  $\geq 10$  или QIDS  $\geq 10$ . Повышение соматофизиологических маркеров на  $\geq 20$  % от нормы рассматривалось как признак выраженной стресс-реактивности. Хронические нарушения сна (>3 раз в неделю) и высокая выраженность служебных и семейных стрессоров также относились к зоне высокого риска.

**Таблица 19** – Сводная матрица риска

Фактор риска	Низкий	Средний	Высокий
Конфронтация	<40	40–55	>55
Дистанцирование	<35	35–45	>45
Контроль (жизнестойкость)	>35	30–35	<30
Принятие риска	>22	18–22	<18
HADS-A / HADS-D	<7	7–9	≥10
QIDS	<8	8–9	≥10
АЛТ / АСТ	Норма	<15%↑	≥20%↑
Нарушения сна	<2/нед	2–3/нед	>3/нед
Стрессоры	Низкие	Умеренные	Высокие
Профиль службы	Административный	Смешанный	Социономический

Важным компонентом модели является учёт профессионального профиля: сотрудницы социономических подразделений демонстрировали достоверно более высокую распространённость соматоформной симптоматики и аффективных нарушений, что усиливало их структуру риска.

Для подтверждения валидности дискретной модели был рассчитан дополнительный взвешенный интегральный индекс риска, основанный на факторных оценках четырёх детерминант. Вес каждого фактора определялся пропорционально его вкладу в общую дисперсию, а итоговый показатель представлял собой линейную комбинацию стандартизированных значений (см. табл. 20).

Сравнение распределения сотрудниц по трём уровням риска между дискретной и взвешенной моделями показало их высокую согласованность, что подтверждает теоретическую и практическую обоснованность предложенной системы.

**Таблица 20** – Взвешенный интегральный индекс риска (IR)

Элемент формулы	Обозначение	Значение
Поведенческий копинг	$F_1$	Факторная оценка
Соматофизиологическая реактивность	$F_2$	Факторная оценка
Жизнестойкость	$F_3$	Факторная оценка
Аффективный дистресс	$F_4$	Факторная оценка
Вес фактора	$w_1$	21,3 / 52,9
	$w_2$	14,8 / 52,9
	$w_3$	9,7 / 52,9
	$w_4$	7,1 / 52,9
Формула индекса	$IR_i = w_1F_{1i} + w_2F_{2i} + w_3F_{3i} + w_4F_{4i}$	Взвешенная оценка риска для сотрудницы $i$

Применение интегрального балла риска R к выборке женщин – сотрудников органов внутренних дел позволило выделить три кластера уязвимости: низкий (32–36 %), средний (41–46 %) и высокий (18–22 %). Эти данные коррелировали с выявленной частотой клинически значимых психических расстройств (18,8 %), доминированием субклинической симптоматики (35–40 %) и распространённостью соматофизиологических отклонений (18–22 %).

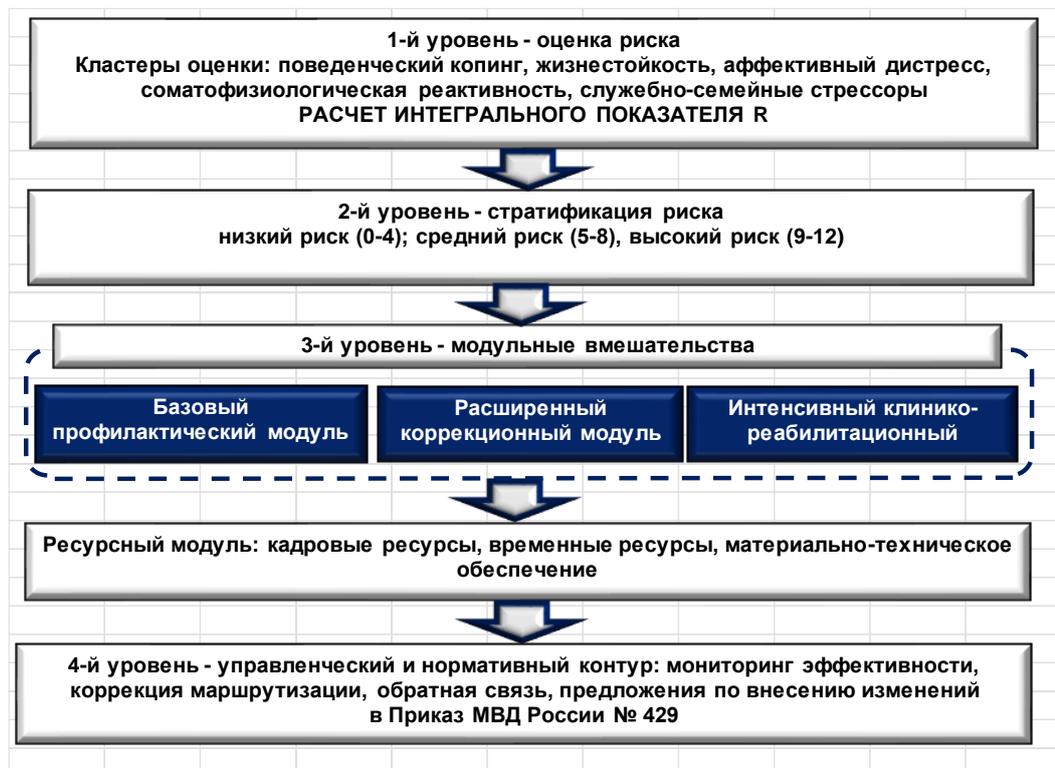
Таким образом, разработанная система стратификации обеспечивает полноту оценки индивидуального риска, обладает высокой прогностической ценностью и может рассматриваться как инструмент для автоматизированного скрининга, индивидуальной маршрутизации и планирования профилактических, коррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий в системе ведомственного медико-психологического сопровождения.

#### **4.4. Многоуровневая программа предупреждения и коррекции психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в условиях чрезвычайных ситуаций**

Разработанная программа представляет собой системно организованную модель медико-психологического сопровождения женщин – сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, выполнявших служебные задачи в условиях чрезвычайных ситуаций. Необходимость её создания обусловлена выявленными в исследовании особенностями психической дезадаптации, подтверждёнными факторной моделью, включающей четыре независимых кластера риска: поведенческий дезадаптивный копинг, соматофизиологическую стресс-реактивность, дефицит личностной жизнестойкости и аффективный дистресс. Эти детерминанты легли в основу принципов стратификации риска и архитектуры многоуровневой программы.

Разработанная многоуровневая программа предупреждения и коррекции психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников ОВД реализована на модульной основе и включает пять функционально взаимосвязанных модулей (см. рис.16). Диагностико-стратификационный модуль обеспечивает количественную оценку индивидуального риска на основании интегрального показателя (R), формируемого по пяти кластерам психосоциальных и клинико-функциональных детерминант, с отнесением сотрудников-женщин к группам низкого, среднего и высокого риска. В зависимости от уровня риска осуществляется маршрутизация в базовый профилактический, расширенный коррекционный либо интенсивный клинико-реабилитационный модуль, что обеспечивает дифференциацию объёма и глубины медико-психологического воздействия, оптимизацию использования ресурсов и повышение управляемости системы медицинского сопровождения в условиях ЧС. Ресурсный модуль обеспечивает кадровое, материально-техническое, временное, цифровое и нормативное сопровождение реализации всех уровней вмешательства, а управленческо-мониторинговый модуль -

динамическую оценку эффективности, корректировку маршрутизации и формирование управленческих решений. Полученные результаты послужили основанием для подготовки предложений по внесению изменений в приказ МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 в части уточнения алгоритмов психологического обследования, расширения профилактического блока и регламентации риск-ориентированной маршрутизации сотрудников, привлекаемых к выполнению задач в условиях ЧС.



**Рисунок 16** – Многоуровневая программа предупреждения и коррекции психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел

К группе высокого риска относились сотрудницы с сочетанием двух и более ключевых детерминант – выраженным аффективным дистрессом, дезадаптивными копинг-стратегиями, снижением показателей жизнестойкости, хроническими нарушениями сна, признаками соматофизиологического напряжения, а также профессиональными и семейными стрессорами. Группу среднего риска составляли женщины с одним значимым фактором или умеренной выраженностью нескольких компонентов риска. Группа низкого

риска включала сотрудниц с преобладанием адаптивных копинг-стратегий, эмоциональной стабильностью, благоприятным профилем службы и отсутствием соматофизиологических маркеров стрессовой нагрузки.

Для практической реализации стратификации была разработана система цифровых порогов, отражающая выраженность каждого фактора риска, – «Матрица факторов риска для женщин – сотрудников органов внутренних дел после чрезвычайных ситуаций», где каждый компонент (копинг-стратегии, жизнестойкость, аффективное состояние, соматофизиологическое реагирование, нарушения сна, выраженность стрессоров) разделён на зоны низкого, среднего и высокого риска с соответствующими пороговыми значениями.

Архитектура программы отражает принцип «от раннего выявления к коррекции и восстановлению», что обеспечивает своевременное вмешательство на разных этапах развития стресс-индуцированных расстройств. Включение в программу элементов психообразования, ресурсов эмоциональной регуляции и ведомственной стандартизации делает её применимой в условиях реальной службы и соответствующей требованиям нормативно-правового регулирования МВД России. В совокупности разработанная модель формирует основу для индивидуализированного подхода к профилактике, коррекции и реабилитации психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в условиях ЧС.

## ВЫВОДЫ

1. Общая заболеваемость психическими расстройствами сотрудников ОВД г. Москвы характеризуется волнообразной динамикой с первоначальным ростом показателя на 60,6 % ( $p < 0,01$ ) – с 7,0‰ в 2008 г. до 11,2‰ в 2022 г. и последующим снижением до 6,9‰ в 2023 г. ( $p < 0,05$ ); доминированием в структуре невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (F40–F48) – с повышением уровня с 5,6‰ до 10,0‰ ( $p < 0,01$ ); снижением показателей трудопотерь – частоты временной утраты трудоспособности – с 5,8‰ до 1,8‰, числа дней нетрудоспособности – с 97 до 37 на 1 000 сотрудников ( $p < 0,01$ ), при стабильной средней длительности одного случая (18–19 дней;  $p > 0,05$ ).

2. У женщин – сотрудников органов внутренних дел, вернувшихся после исполнения обязанностей в условиях чрезвычайных ситуаций, по сравнению с мужчинами, чаще выявляются невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (18,8 % против 13,4 %;  $\chi^2 = 4,12$ ;  $p = 0,043$ ), включая расстройства адаптации F43.2 (11,7 % против 7,5 %;  $\chi^2 = 3,97$ ;  $p = 0,046$ ); установлены значимые гендерные различия в профиле психосоциальной адаптации: мужчины чаще применяют конфронтационный ( $73,8 \pm 14,4$  против  $30,3 \pm 10,9$  балла;  $p < 0,001$ ) и дистанцированный копинг ( $74,7 \pm 16,1$  против  $28,5 \pm 6,1$ ;  $p < 0,001$ ), тогда как женщины демонстрируют более высокую выраженность эмоционального контроля, поиска социальной поддержки ( $48,1 \pm 16,6$  против  $26,9 \pm 6,8$ ;  $p < 0,001$ ) и положительной переоценки ( $52,9 \pm 10,5$  против  $5,7 \pm 6,6$ ;  $p < 0,001$ ), имеют более высокие показатели жизнестойкости по шкалам «контроль» ( $37,7 \pm 10,0$  против  $33,3 \pm 7,3$ ;  $p < 0,001$ ) и «принятие риска» ( $23,3 \pm 9,6$  против  $19,1 \pm 4,7$ ;  $p < 0,001$ ), при более низкой интегральной удовлетворённости службой ( $144,3 \pm 15,3$  против  $157,5 \pm 9,1$  балла;  $p < 0,001$ ), что отражает различия в профессиональных ожиданиях и субъективном восприятии служебной среды.

3. У женщин – сотрудников органов внутренних дел социально-экономических профессий психические расстройства диагностируются чаще, чем у женщин административно-оперативного профиля (42,9 % против 27,7 %;  $\chi^2=2,94$ ;  $p=0,087$ , тенденция), при достоверно большей частоте соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.0: 9,5 % и 4,6 %;  $\chi^2=3,97$ ;  $p=0,046$ ) и соматизированного расстройства (F45.2: 6,3 % и 1,5 %;  $\chi^2=3,88$ ;  $p=0,049$ ), а также более высоких уровнях тревоги и депрессии (HADS-A:  $8,42 \pm 1,82$  против  $7,17 \pm 1,91$ ;  $p=0,001$ ; HADS-D:  $6,29 \pm 2,05$  против  $5,24 \pm 1,82$ ;  $p=0,003$ ; QIDS:  $6,58 \pm 2,74$  против  $5,58 \pm 2,92$ ;  $p=0,030$ ).

4. На основе четырёхфакторной модели психосоциальных детерминант (совокупный вклад 52,4 – 53,5 %) разработана система стратификации риска стресс-ассоциированных расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел в чрезвычайных ситуациях: цифровые пороги выделены по ключевым показателям: дезадаптивный копинг (конфронтация  $>55$ ; дистанцирование  $>45$ ), снижение жизнестойкости (контроль  $<30$ ; принятие риска  $<18$ ), аффективный дистресс (HADS  $\geq 10$ ; QIDS  $\geq 10$ ), соматофизиологическая стресс-реактивность (АЛТ/АСТ  $\geq 20$  %); интегральный показатель риска (0–12 баллов) позволяет выделить низкий (0–4), средний (5–8) и высокий (9–12) уровень риска.

5. Многоуровневая профилактическая программа предупреждения психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в условиях ЧС, ориентирована на раннюю идентификацию высокого риска, таргетное воздействие на модифицируемые факторы (хронический стресс, нарушения сна, семейно-стрессовые конфликты, неадаптивный копинг, низкая удовлетворённость службой) и укрепление личностных ресурсов, что создаёт основу для нормативного внедрения в практику медико-психологической реабилитации в соответствии с приказом МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 и повышения эффективности медицинского сопровождения женщин.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для определения необходимого объема профилактических и коррекционных мероприятий с учетом профиля профессиональной деятельности у женщин – сотрудников ОВД в условиях ЧС рекомендуется применять систему стратификации риска формирования стресс-ассоциированных расстройств, основанную на оценке ключевых психосоциальных детерминант.

2. С учётом профессионального профиля и служебной нагрузки женщин – сотрудников ОВД целесообразно внедрять индивидуализированные профилактические программы, направленные на коррекцию неадаптивного поведения, снижение эмоционального напряжения, укрепление личностных ресурсов.

3. Для предупреждения хронизации стресс-индуцированных расстройств женщин – сотрудников ОВД в связи с воздействиями условий ЧС рекомендуется усилить профилактическую составляющую ведомственной медико-психологической реабилитации, предусматривающую регулярное динамическое наблюдение 1–2 раза в год.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование позволило комплексно определить клинико-психологические особенности стресс-ассоциированных психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, проходивших службу в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС), а также разработать научно обоснованную систему стратификации риска и многоуровневую профилактическую программу. Актуальность предпринятой работы обусловлена высокой долей женщин в структуре кадров МВД России, расширением их участия в выполнении служебных задач, сопряжённых с угрозой жизни и воздействием экстремальных факторов, а также отсутствием в действующих нормативных документах гендерно-чувствительных подходов к профилактике психической дезадаптации [45, 47–49].

В результате ретроспективного анализа медико-статистических данных за 2008–2024 гг. выявлено, что ведущими нозологическими формами психических нарушений у сотрудников ОВД г. Москвы являются невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40–F48), уровень которых за анализируемый период увеличился почти вдвое – с 5,59% до 10,03%, что отражает рост стрессовой нагрузки на личный состав и подтверждает мировые тенденции увеличения частоты стресс-индуцированных состояний в силовых структурах [22, 94, 129, 168, 172].

При этом динамика по другим рубрикам МКБ-10 оставалась стабильно низкой, что подчёркивает значимость именно стресс-ассоциированных состояний как ключевого направления ведомственного мониторинга. Результаты клинико-психологического обследования женщин – сотрудников ОВД, проходивших службу в условиях ЧС, свидетельствуют о выраженной гендерной специфике реакции на экстремальные факторы. Женщины демонстрировали более высокую распространённость тревожно-депрессивной симптоматики, нарушений сна, соматовегетативной реактивности, а также дезадаптивных

копинг-стратегий по сравнению с мужчинами. Эти данные согласуются с результатами зарубежных исследований, указывающих на повышенную чувствительность женщин к стрессу высокой интенсивности, обусловленную сочетанием биопсихологических и социальных факторов [83, 113, 139, 157, 172].

Полученные в ходе работы сведения подтверждают, что для женщин, задействованных в деятельности в условиях ЧС, характерно сочетание эмоциональной гиперреактивности, сниженной жизнестойкости и большей выраженности аффективного дистресса, что ведёт к ускоренной истощаемости психофизиологических ресурсов и повышенному риску формирования адаптационных и посттравматических расстройств.

Особое значение имел анализ профессиональной специфики. Установлено, что женщины, работающие в социономических подразделениях, выполняющие деятельность, связанную с интенсивным межличностным взаимодействием и высоким эмоциональным напряжением (врачи, психологи), демонстрируют более высокую частоту стресс-ассоциированных расстройств, чем сотрудницы административно-оперативного профиля. Это отражает влияние профессиональной нагрузки, связанной с интенсивным межличностным взаимодействием, эмоциональным вовлечением, необходимостью постоянного контакта с кризисными контингентами и воздействием вторичной травматизации. Результаты подтверждают гипотезу о том, что профессиональный профиль является самостоятельным детерминантом риска психической дезадаптации, усиливающим действие стресс-факторов ЧС [18, 24, 74, 86, 157].

Полученные данные позволили выявить устойчивые взаимосвязи между показателями тревожно-депрессивной симптоматики, дезадаптивного копинга, сниженной жизнестойкости, соматовегетативной реактивности и выраженности служебно-семейных стрессоров. Эти связи были статистически подтверждены корреляционным и факторным анализом (РСА), в результате которого сформирована четырёхфакторная модель психосоциальных детерминант с объяснённой дисперсией 52,4–53,5 %. Данная модель отражает структуру

основных механизмов психической дезадаптации у женщин в условиях ЧС и подтверждает, что риск развития стресс-ассоциированных нарушений определяется кумулятивным воздействием: эмоционально-аффективных компонентов (HADS  $\geq 10$ , QIDS  $\geq 10$ ); личностных ресурсов (контроль  $< 30$ ; принятие риска  $< 18$ ); паттернов совладания (конфронтация  $> 55$ ; дистанцирование  $> 45$ ); соматофизиологической реактивности (АЛТ/АСТ  $\geq 20$  %).

На основе выделенных факторов разработана интегральная система стратификации риска, включающая шесть кластеров и цифровые пороги, позволяющие отнести сотрудницу к низкой, средней или высокой группе риска (0–4, 5–8 и 9–12 баллов соответственно). Система обладает практическими преимуществами: простотой применения, воспроизводимостью, возможностью количественного мониторинга динамики состояния, а также универсальностью для различных профессиональных профилей. Интегральный риск-балл отражает динамическую уязвимость сотрудницы и служит основанием для дифференцированного выбора профилактических и коррекционных мероприятий.

Значимым итогом исследования стала разработка многоуровневой профилактической программы предупреждения психических и психосоматических расстройств у женщин – сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в условиях ЧС. Программа включает четыре взаимосвязанных модуля: раннюю идентификацию риска на основе цифровых критериев; психопрофилактическое консультирование и коррекцию неадаптивных стратегий; укрепление личностных ресурсов (жизнестойкость, эмоциональная регуляция, когнитивные навыки); организационные меры поддержки (оптимизация служебной нагрузки, маршрутизация медико-психологической помощи, повышение доступности конфиденциального обращения).

Предложенная модель учитывает гендерные различия в реагировании на стресс и может быть интегрирована в ведомственную систему медико-психологической реабилитации в соответствии с приказом МВД России

от 23 июля 2024 г. № 429 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» [45].

Результаты исследования имеют существенную теоретическую и практическую значимость. Теоретически работа расширяет научные представления о механизмах психической дезадаптации женщин, проходящих службу в условиях ЧС, обосновывает роль гендерно-специфических факторов и профессионального профиля, а также демонстрирует эффективность биопсихосоциального подхода в анализе психических и психосоматических нарушений. Практически предложенная система стратификации риска и многоуровневая модульная программа создают основу для повышения качества ведомственной психопрофилактики, совершенствования маршрутов оказания помощи и оптимизации кадровой политики в подразделениях МВД России.

Внедрение результатов исследования позволит: снизить частоту стресс-ассоциированных расстройств у женщин; повысить эффективность раннего выявления дезадаптивных состояний; уменьшить уровень утомляемости и эмоционального выгорания; улучшить профессиональную надёжность и работоспособность личного состава; увеличить качество и полноту медико-психологического сопровождения в условиях ЧС.

Полученные результаты подтверждают исходную гипотезу о большей уязвимости женщин – сотрудников органов внутренних дел к стресс-ассоциированным нарушениям при участии в ЧС, определяют роль ключевых психосоциальных факторов риска и обосновывают необходимость внедрения гендерно-чувствительных моделей профилактики. Разработанная система стратификации риска и многоуровневая программа профилактики являются новым научно-практическим инструментом, способствующим совершенствованию ведомственной системы охраны психического здоровья и повышению готовности органов внутренних дел к эффективному функционированию в условиях ЧС.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
МВД России	Министерство внутренних дел Российской Федерации
ОВД	Органы внутренних дел
ОЗПР	Общая заболеваемость психическими расстройствами
ПТСР	Посттравматическое стрессовое расстройство
СГМУ	Северный государственный медицинский университет
СВО	Специальная военная операция
ЧС	Чрезвычайная ситуация
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (в тексте встречается как шкала HADS-A и HADS-D)
QIDS	Quick Inventory of Depressive Symptomatology
PCL-5	PTSD Checklist for DSM-5

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамов, А.В. Влияние мотивации на уровень боевого травматического стресса у сотрудников органов внутренних дел России, принимающих участие в специальной военной операции / А.В. Абрамов, В.А. Абрамов, Е.А. Абрамова, Е.Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. 125. – № 4 (125). – С. 30-33.
2. Аринов, А.Г. Участие женщин в боевых действиях на фронтах Великой Отечественной войны в советской военной периодической печати / А.Г. Аринов // Женщина в российском обществе. – 2021. – № 4. – С. 136–148.
3. Ахапкин, Р.В. Актуальные вопросы диагностики и психофармакотерапии посттравматического стрессового расстройства / Р.В. Ахапкин, Т.И. Вазагаева // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 13–24.
4. Барыльник, С.Н. Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у лиц, участвующих в боевых действиях / С.Н. Барыльник, А.О. Баркова // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2023. – № 2-2. – С. 151-154.
5. Бехтерев, В.М. Война и психозы // Обозр. психиат., неврол. и эксперим. психол. – 1914/1915; 19 (4/6): 317–335.
6. Биденко, Р.А. Стили совладания с боевым стрессом у офицеров подразделений специального назначения войск национальной гвардии Российской Федерации / Р.А. Биденко, Т.В. Волошина // Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – № 53-3. – С. 357-363.
7. Боев, О.И. Влияние однократной малой дозы диазепама на физиологические показатели участников боевых действий в зависимости от психотипа личности / О.И. Боев // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 64–72.

8. Васильева, А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 / А.В. Васильева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122. – № 10. – С. 72-81.

9. Белова, Е.А. Медико-статистическая характеристика социально значимых инфекционных заболеваний у военнослужащих-женщин Вооружённых Сил Российской Федерации (2012–2021 гг.) / Е.А. Белова, В.И. Евдокимов, А.А. Кузин, Р.Н. Лемешкин, О.Г. Шинкарева // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2025. – Т. 27, № 2. – С. 229–238.

10. Белова, Е.А. Динамика показателей заболеваемости военнослужащих-женщин Минобороны России с 2012 по 2021 г. / Е.А. Белова, С.Г. Григорьев, А.В. Шуба // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2024. – № 3. – С. 15–36.

11. Белялов, Ф.И. Психические расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Консенсус рабочих групп Российского кардиологического общества и Российского общества психиатров / Ф.И. Белялов, Д.Ю. Вельтищев, Б.А. Волель [и др.] // Кардиология. – 2025. – Т. 65, № 6. – С. 54–73.

12. Бондарь, И.В. Психосоциальные особенности женщин-кандидатов на службу в полицию / И.В. Бондарь, Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьёв, Ю.А. Кроткова // Психическое здоровье. – 2019. – № 5. – С. 51–55.

13. Бормотова, Т.М. Факторы и условия службы женщин в органах полиции / Т.М. Бормотова, А.Е. Ильин, В.В. Макаров // Этносоциум и межнациональная культура. – 2023. – № 6 (180). – С. 115–125.

14. Вяльцин, С.В. Острое посттравматическое стрессовое расстройство, ассоциированное с боевым стрессом (обзор литературы) / С.В. Вяльцин, М.В. Мирзаева, Н.В. Семенова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2025. – № 2 (85). – С. 31–37.

15. Гадисов, Т.Г. Эффективность психотерапевтических методов лечения посттравматического стрессового расстройства: систематический обзор

метаанализов / Т.Г. Гадисов, Г.А. Фастовцов, Н.М. Захарова // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 82–93.

16. Ганжа, И.Р. Выявление посттравматического стрессового расстройства на этапах оказания стоматологической помощи военнослужащим, участвовавшим в боевых действиях / И.Р. Ганжа, Н.В. Попов, Е.Г. Фильштинская, А.А. Блажнова // Институт стоматологии. – 2025. – № 1 (106). – С. 20–22.

17. Говоров, С.А. История исследования и современное понимание концепции психической травмы / С.А. Говоров, Л.И. Микеладзе // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2022. – Т. 11. – № 1-1. – С. 7-19.

18. Григорьева, М.А. Выявление проблем психологической безопасности военнослужащих-женщин в особых условиях профессиональной деятельности / М.А. Григорьева, В.И. Екимова // Человеческий капитал. – 2020. – № S4 (136). – С. 453–465.

19. Двинских, М.В. Особенности донозологических стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов в зависимости от профиля их профессиональной деятельности / М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьев, С.В. Жернов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 4. – С. 83–89.

20. Евдокимов, В.И. Развитие направлений научных исследований по боевому стрессу в отечественных статьях с использованием программы VOSviewer (2005-2021 гг.) / В.И. Евдокимов, В.К. Шамрей, М.С. Плужник // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 2. – С. 99-116.

21. Евдокимов, В.И. Основные показатели состояния здоровья военнослужащих-женщин Военно-морского флота России в 2003–2016 годах / В.И. Евдокимов, П.П. Сиващенко // Морская медицина. – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 45–56.

22. Елесина, И.Г. Проблема деструктивного поведения сотрудников органов внутренних дел / И.Г. Елесина // Вестник Московского университета МВД России. – 2021. – № 3. – С. 335–338.

23. Есипов, А.В. Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации / А.В. Есипов, М.А. Самушия, А.Ф. Иволгин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2025. – Т. 125, № 6. – С. 37–44.

24. Зайцева, Н.С. Нозологическая характеристика коморбидной патологии у ветеранов боевых действий / Н.С. Зайцева, А.Д. Багмет, В.Г. Кокоев, А.В. Попов // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 151.

25. Зеленина, Н.В. Формирование психосоматических заболеваний у военнослужащих-женщин в процессе обучения / Н.В. Зеленина, С.С. Назаров, М.Т. Алиева [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2015. – № 4 (52). – С. 133–138.

26. Зуйкова, А.А. Стрессогенные расстройства репродуктивной сферы у участников боевых действий / А.А. Зуйкова, Т.Е. Потемина, Л.Э. Курочицкая [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 3 (39). – С. 141-144.

27. Иванов, Н.М. Анализ показателей заболеваемости личного состава МВД России / Н.М. Иванов, Е.Г. Ичитовкина, В.И. Евдокимов, А.Г. Лихолетов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2024. – № 2. – С. 14–38.

28. Ичитовкина, Е.Г. Профилактика психической травматизации сотрудников органов внутренних дел в чрезвычайной ситуации биолого-социального характера / Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьев, С.В. Жернов, В.Н. Гонтарь // Экология человека. – 2022. – № 1. – С. 61-68.

29. Ичитовкина, Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: обзор зарубежных публикаций за 1991–2023 гг. / Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьёв, С.В.

Жернов, З.А. Шугушева // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 73–81.

30. Караваева, Т.А. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Д.С. Радионов // Вопросы наркологии. – 2022. – № 9-10 (212). – С. 75-95.

31. Кабанова, Т.Н. Тренинговые программы в практике лечения посттравматических стрессовых расстройств / Т.Н. Кабанова, А.А. Гвоздева, Д.А. Баженова // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 55–63.

32. Калистратов, В.Б. Современная боевая травма: спектр физических и психических последствий (обзор литературы) / В.Б. Калистратов, Т.В. Ромашова, Г.В. Иосифов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18, № 8 (187). – С. 1058–1070.

33. Киселев, А.К. Женщины в полиции европейских стран (конец XX – начало XXI века) / А.К. Киселев // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. – 2014. – № 5 (183). – С. 49–53.

34. Кодзоков, А.Х. Особенности физической подготовки женщин-полицейских в образовательных организациях МВД России / А.Х. Кодзоков // Культура физическая и здоровье. – 2022. – № 1 (81). – С. 89–92.

35. Котова, А.А. Коммуникативные стратегии самопрезентации норвежских военнослужащих-женщин в СМИ как способ популяризации военной службы / А.А. Котова // Военно-филологический журнал. – 2020. – № 1. – С. 72–79.

36. Крюкова, Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–109.

37. Курасов, Е.С. Психотерапевтическое лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / Е.С. Курасов, А.А. Марченко, В.К. Шамрей [и др.] // Вестник психотерапии. – 2018. – № 66 (71). – С. 19-34.

38. Линдауэр, Р.Й.Л. Нейробиология посттравматического стрессового расстройства / Р.Й.Л. Линдауэр, И.В.Е. Карльер, Б.П.Р. Герсонс // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003; 13 (1): 146-150.
39. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 56 с.
40. Лощинин, Г.А. К вопросу об этиологии посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР / Г.А. Лощинин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2021. – Т. 9. – № 2 (33). – С. 125-132.
41. Луговик, В.Ф. Функции и задачи МВД России: соотношение и проблемы конкретизации / В.Ф. Луговик, В.И. Сургутсков // Научный вестник Омской академии МВД России. – 2023. – Т. 29, № 4 (91). – С. 354–357.
42. Мальцева, С.М. Некоторые аспекты психологической помощи людям, пережившим боевой стресс / С.М. Мальцева, Е.Ю. Бобочкова, Н.А. Захарова, О.В. Демакова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9. – № 2 (31). – С. 333-335.
43. Овчинников, Д.В. О новых подходах к диагностике и лечению посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих / Д.В. Овчинников, А.А. Марченко, М.Д. Горбачев // Военно-медицинский журнал. – 2025. – Т. 346, № 5. – С. 37–43.
44. О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации: приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5: зарегистрирован в Минюсте России 12 марта 2012 г. № 23445 (с изм. и доп. от 20 августа 2014 г. № 713) // СПС «КонсультантПлюс». – URL: [consultant.ru](http://consultant.ru) (дата обращения: 27.10.2023).
45. О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации: приказ МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 // СПС «КонсультантПлюс». – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_484949/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_484949/) (дата обращения: 27.10.2025).

46. О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях : приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 № 325 (вместе с Положением об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях). – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_101282](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_101282) (дата обращения: 27.05.2024).

47. О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс». – URL: [consultant.ru](https://www.consultant.ru) (дата обращения: 27.10.2023).

48. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

49. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Минздрава России от 14 октября 2022 г. № 668н // СПС «КонсультантПлюс». – URL: [consultant.ru](https://www.consultant.ru) (дата обращения: 27.10.2023).

50. Организация скринингового обследования участников специальной военной операции и членов их семей в целях раннего выявления у них психических расстройств, в том числе связанных со стрессом / Р.В. Ахапкин, Ю.П. Зинченко, Е.Г. Ичитовкина [и др.]. – М.: Минздрав России. – 30 с.

51. Ольшевский, А.В. О некоторых вопросах комплектования должностей в органах внутренних дел сотрудниками женского пола / А.В. Ольшевский, Е.Д. Заяев // Вестник Всероссийского института повышения квалификации сотрудников Министерства внутренних дел Российской Федерации. – 2020. – № 3 (55). – С. 63–66.

52. Пахомова, С.А. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) / С.А. Пахомова, Ю.Б. Барыльник, В.Ю. Мурылев [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2023. – № 1. – С. 20-30.

53. Паценко, М.Б. Особенности стресс-индуцированной соматической патологии у ветеранов боевых действий (часть II) / М.Б. Паценко,

Д.А. Мироненко // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2022. – Т. 5. – № 2. – С. 33-38.

54. Петрова, Н.Н. Потенциальные биомаркеры посттравматического стрессового расстройства / Н.Н. Петрова, Б.Г. Бутома, М.В. Дорофейкова // Психиатрия. – 2021. – Т. 19. – № 3. – С. 90-99.

55. Пешков, В.В. Гендерные тенденции в процессе завершения формирования нового облика Вооружённых Сил Российской Федерации / В.В. Пешков, В.В. Деренчук // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 2. – С. 84–89.

56. Рассоха, А.А. Динамика формирования психических расстройств комбатантов МВД России / А.А. Рассоха, Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2022. – № 2. – С. 52-59.

57. Резник, А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму / А.М. Резник // Health, Food & Biotechnology. – 2020. – Т. 2. – № 1. – С. 11-23.

58. Розанов, И.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и суицидальное поведение: общность факторов этиологии и патогенеза / И.А. Розанов, В.Г. Булыгина, А.А. Гвоздева // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 94–105.

59. Русецкая, Д.В. Программа психологического сопровождения профессионально-личностного развития сотрудников МВД России / Д.В. Русецкая // Флагман науки. – 2023. – № 11(11). – С. 390–391.

60. Савченко, И.Ф. Классификационные особенности «возвратных» потерь личного состава войск – проблема стресс-ассоциированных психических расстройств в условиях современных военных конфликтов и чрезвычайных ситуаций / И.Ф. Савченко, Р.Н. Лемешкин, Е.С. Курасов [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2023. – Т. 25. – № 2. – С. 289-300.

61. Сагалакова, О.А. Психологическая роль диссоциации и негативного повторяющегося мышления в динамике суицидального поведения при

посттравматическом стрессовом расстройстве / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова // Неврологический вестник. – 2025. – Т. 57, № 2. – С. 180–193.

62. Святогор, М.В. Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у комбатантов / М.В. Святогор, Л.Н. Касимова, Е.М. Сычугов [и.др] // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 2. – С. 76–87.

63. Сорокко, Е.А. Обработка эмоциональной информации и посттравматический стресс у лиц с высоким риском психической травматизации (на выборке сотрудников МВД) / Е.А. Сорокко, М.А. Падун, Е.Н. Мартынова, Д.В. Люсин // Психологические исследования. – 2021. – Т. 14. – № 78.

64. Станченков, И.В. Оценка клинической эффективности организационной модели медико-психологической реабилитации на основе анализа динамики показателей психического статуса военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса / И.В. Станченков, С.И. Чистяков, А.Г. Суслов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2021. – № 2. – С. 115-122.

65. Сыропятов, О.Г. О концепции боевых психических расстройств / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30. – № 3. – С. 68-72.

66. Субота, И.Ю. Личностные механизмы психологической адаптации сотрудников силовых ведомств и МЧС / И.Ю. Субота // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2024. – № 13(4-1). – С. 166–175.

67. Темникова, Е.А. Артериальная гипертензия у пациентов – участников боевых действий / Е.А. Темникова, Г.А. Урвачев, М.В. Темников, Г.И. Нечаева // Профилактическая медицина. – 2024. – Т. 27, № 5. – С. 128–132.

68. Темникова, Е.А. Артериальная гипертензия у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством / Е.А. Темникова // Кардиология. – 2025. – Т. 65, № 9. – С. 90–96.

69. Украинцева, Ю.В. Нарушения сна при посттравматическом стрессовом расстройстве: возможные механизмы и основные подходы к лечению

/ Ю.В. Украинцева, Е.А. Черемушкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2025. – Т. 125, № 9. – С. 21–27.

70. Цукарзи, Э.Э. Нейромодулирующая терапия при посттравматическом стрессовом расстройстве: применение транскраниальной магнитной стимуляции и транскраниальной электростимуляции / Э.Э. Цукарзи // Российский психиатрический журнал. – 2025. – № 1. – С. 25–30.

71. Чепур, С.В. Боевой стресс: механизмы формирования и мишени направленного фармакологического воздействия / С.В. Чепур // Физиология человека. – 2024. – Т. 50, № 6. – С. 107–116.

72. Фастовцов, Г.А. Психиатрическая помощь военнослужащим красной армии в годы великой отечественной войны / Г.А. Фастовцов, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 2. – С. 10-21.

73. Фатеев, И.В. Боевой стресс: экспериментальное моделирование / И.В. Фатеев, А.Г. Анохин, М.А. Метелица // Военно-медицинский журнал. – 2024. – Т. 345, № 9. – С. 30–38.

74. Филиппова, Т.В. Женщины – сотрудники органов внутренних дел: к вопросу гендерной трансформации Я-образа / Т.В. Филиппова, В.В. Ермолаев // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – Т. 9, № 2-1. – С. 107–117.

75. Хоминец, В.В. Медико-статистические показатели травм у военнослужащих-женщин Вооружённых Сил Российской Федерации (2003–2019 гг.) / В.В. Хоминец, В.И. Евдокимов, П.П. Сиващенко [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 139–154.

76. Шамрей, В.К. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн / В.К. Шамрей, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин [и др.] // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39. – № S3-4. – С. 185-192.

77. Шамрей, В.К. Показатели нарушений психической адаптации у комбатантов специальной военной операции / В.К. Шамрей, В.И. Евдокимов,

М.С. Плужник // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2024. – № 3. – С. 85–93.

78. Швец, Ю.В. Организационно-правовые основы профессионального отбора и военной службы женщин в армиях ведущих стран мира / Ю.В. Швец, В.А. Майдан // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38, № S1-2. – С. 276–279.

79. Шмарина, Т.А. Аутентичность личности и парадокс устойчивости к травматическому стрессу / Т.А. Шмарина // Современная зарубежная психология. – 2023. – № 12(3). – С. 74–82.

80. Шмидт, А.А. Влияние условий военно-профессиональной деятельности на репродуктивное здоровье военнослужащих-женщин, обучающихся на базе танкового полка / А.А. Шмидт, В.П. Ганапольский, Н.Д. Садовая и др. // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – № 4 (68). – С. 77–79.

81. Щербенко, Л.Р. Женщина-сотрудник полиции в зарубежных странах / Л.Р. Щербенко // Научный вестник Орловского юридического института МВД России имени В.В. Лукьянова. – 2019. – № 2 (79). – С. 155–157.

82. Янович, К.В. Характеристика состояния здоровья военнослужащих, проходящих службу в экстремальных условиях деятельности / К.В. Янович, А.А. Корнилова, Н.А. Алексеева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1. – С. 5.

83. 30x30 Initiative. The under-representation of women in policing undermines public safety [Электронный ресурс]. – 2024. – URL: <https://30x30initiative.org> (дата обращения: 17.06.2025).

84. Agocs, T. Police mothers at home: police work and danger-protection parenting practices / T. Agocs, D. Langan, C.B. Sanders // Gender & Society. – 2015; 29 (2): 265–289.

85. Alcocer Guajardo, S. Women in policing: a longitudinal assessment of female officers in supervisory positions in the New York City Police Department / S. Alcocer Guajardo // Women & Criminal Justice. – 2016; 26 (1): 20–36.

86. Angehrn, A. «Suck it up, buttercup»: understanding and overcoming gender disparities in policing / A. Angehrn, A.J. Fletcher, R.N. Carleton // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021; 18: Article 7627. – DOI: 10.3390/ijerph18147627.
87. Angehrn, A. Sex differences in mental disorder symptoms among Canadian police officers: the mediating role of social support, stress, and sleep quality / A. Angehrn, K.D. Vig, J.E. Mason [et al.] // *Cognitive Behaviour Therapy*. – 2022; 51 (1): 3–20.
88. Bastarache, M. Broken dreams, broken lives: the devastating effects of sexual harassment on women in the RCMP [Электронный ресурс]. – 2020. – URL: <https://www.rcmp-grc.gc.ca/...pdf> (дата обращения: 17.06.2025).
89. Brewin, C.R. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault / C.R. Brewin, E.J. Andrews, J. Rose [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2007; 37 (6): 791–799.
90. Bell, S. «Break a leg – it’s all in the mind»: police officers’ attitudes towards colleagues with mental-health issues / S. Bell, Y. Eski // *Policing: A Journal of Policy and Practice*. – 2016; 10 (2): 95–101.
91. Blacker, C.J., Frye M.A., Morava E. [et al.] A Review of Epigenetics of PTSD in Comorbid Psychiatric Conditions // *Genes*. – 2019; 10 (2): 140.
92. Bikos, L. «I took the blue pill»: the effect of the hegemonic masculine police culture on Canadian policewomen’s identities / L. Bikos. – Master’s research paper. – University of Ottawa, 2016.
93. Bikos, L.J. «It’s all window dressing»: Canadian police officers’ perceptions of mental-health stigma in their workplace / L.J. Bikos // *Policing: An International Journal*. – 2020; 44 (1): 63–76.
94. Bishopp, S.A. Negative affective responses to stress among urban police officers: a general strain theory approach / S.A. Bishopp, N. Leeper Piquero, J.L. Worrall [et al.] // *Deviant Behavior*. – 2019; 40 (6): 635–654.

95. Boag-Munroe, F. Career-progression expectations and aspirations of female police officers in England and Wales / F. Boag-Munroe // *Policing: A Journal of Policy and Practice*. – 2019; 13 (4): 426–440.
96. Bourassa Rabichuk, S. Behind blue doors: cisgender female police officers' experiences of psychological stress and mental health / S. Bourassa Rabichuk. – Master's thesis. – University of Manitoba, 2021.
97. Boydell, K. The production and dissemination of knowledge: a scoping review of arts-based health research / K. Boydell, B.M. Gladstone, T. Volpe [et al.] // *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. – 2012; 13 (1): Article 31.
98. Bossini, L. Morphovolumetric changes after EMDR treatment in drug-naive PTSD patients / L. Bossini, E. Santarnecki, I. Casolaro [et al.] // *Riv. Psichiatr.* – 2017; 52, 24–31.
99. Brown, J. Implications of police occupational culture in discriminatory experiences of senior women in police forces in England and Wales / J. Brown, J. Fleming, M. Silvestri [et al.] // *Policing and Society*. – 2019; 29 (2): 121–136.
100. Brown, J. A police service in transformation: implications for women police officers / J. Brown, M. Silvestri // *Police Practice and Research*. – 2019; 21 (5): 459–475.
101. Brown, T. Playing the game: a qualitative exploration of the female experience in a hyper-masculine policing environment / T. Brown, J. Baldwin, R. Dierenfeldt, D. McCabe // *Police Quarterly*. – 2020; 23 (2): 143–173.
102. Bremner, J.D. Confederates in the Attic: Posttraumatic Stress Disorder, Cardiovascular Disease, and the Return of Soldier's Heart / J.D. Bremner, M.T. Wittbrodt, A.J. Shah [et al.] // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2020; 208 (3): 171–180.
103. Bullock, K. Police officers, mental (ill-)health and spoiled identity / K. Bullock, J. Garland // *Criminology and Criminal Justice*. – 2018; 18 (2): 173–189.

104. Cameron, J.I. Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments / J.I. Cameron, C. Tsoi, A. Marsella // *Stroke*. – 2008; 39 (9): 2637–2643.
105. Campbell, D.T. Convergent and discriminant validation by the multitrait–multimethod matrix / D.T. Campbell, D.W. Fiske // *Psychological Bulletin*. – 1959; 56 (2): 81–105.
106. Carleton, R.N. Mental-disorder symptoms among public-safety personnel in Canada / R.N. Carleton, T.O. Afifi, S. Turner [et al.] // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2018; 63 (1): 54–64.
107. Centre for Addiction and Mental Health. Police mental health: a discussion paper [Электронный ресурс]. – Toronto, 2018. – URL: <https://www.camh.ca/...pdf> (дата обращения: 17.06.2025).
108. Charlesworth, S. Policing, gender, and working time: an Australian case study / S. Charlesworth, D. Robertson // *Police Practice & Research*. – 2012; 13 (3): 241–253.
109. Cunningham, E. Twenty-three women officers' experiences of policing in England: the same old story or a different story? / E. Cunningham, P. Ramshaw // *International Journal of Police Science & Management*. – 2020; 22 (1): 26–37.
110. Danermark, B. Explaining society: an introduction to critical realism in the social sciences / B. Danermark, M. Ekström, J. Karlsson, L. Jakobsen. – London: Routledge, 2005. – 323 p.
111. Deschamps, F. Sources and assessment of occupational stress in the police / F. Deschamps, I. Paganon-Badinier, A. Marchand, C. Merle // *Journal of Occupational Health*. – 2003; 45 (6): 358–364.
112. Edwards, P. Studying organizations using critical realism: a practical guide / P. Edwards, J. O'Mahoney, S. Vincent. – Oxford: Oxford Univ. Press, 2014. – 181 p.
113. GOV.UK. Police workforce, England and Wales: 31 March 2021 [Электронный ресурс]. – London, 2022. – URL: <https://www.gov.uk/> (дата обращения: 17.06.2025).

114. Graue, T. Women in modern policing / T. Graue, R. Hildie, G. Weatherby // *Journal of Social Sciences and Humanities*. – 2016; 2: 51–62.
115. Greene, H. Female police officers in Texas: perceptions of colleagues and stress / H. Greene, A. del Carmen // *Policing: An International Journal*. – 2002; 25 (2): 385–398.
116. Fogle, B.M. The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions / B.M. Fogle, J. Tsai, N. Mota [et al.] // *Frontiers in psychiatry*. – 2020; 11: 538218.
117. Field, A.P. Sex differences in psychological trauma: A meta-analysis of neural fear responding / A.P. Field, M. Daly, P. Scott // *Biological Psychology*. – 2018; 135: 19–23.
118. Haake, U. Conditions for gender equality in police leadership – making way for senior police-women / U. Haake // *Police Practice & Research*. – 2018; 19 (3): 241–252.
119. Hagedorn, J. The role of labor unions in creating working conditions that promote public health / J. Hagedorn, C.A. Paras, H. Greenwich, L. Friedman // *American Journal of Public Health*. – 2016; 106 (6): 989–995.
120. Hartley, T.A. Stressors and associated health effects for women police officers / T.A. Hartley, A. Mnatsakanova, C.M. Burchfiel [et al.] // In: Violanti J.M. (ed.). *Dying for the Job: Police Work and Health*. – Springfield, IL: Charles C Thomas, 2014. – P. 93–114.
121. Herzog, S. Dissociative Symptoms in a Nationally Representative Sample of Trauma-Exposed U.S. Military Veterans: Prevalence, Comorbidities, and Suicidality / S. Herzog, B.M. Fogle, I. Harpaz-Rotem [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2020; 272: 138–145.
122. Kingshott, B. Revisiting gender issues: continuing police reform / B. Kingshott // *Criminal Justice Studies*. – 2013; 26 (3): 366–392.
123. Kjørstad, M. *Critical realism for welfare professions* / M. Kjørstad, M. Solem. – London: Routledge, 2018. – 213 p.

124. Kringen, A.L. Scholarship on women and policing: trends and policy implications / A.L. Kringen // *Feminist Criminology*. – 2014; 9 (4): 367–381.
125. Kurtz, D.L. The gender in stories: how war stories and police narratives shape masculine police culture / D.L. Kurtz, L.L. Upton // *Women & Criminal Justice*. – 2018; 28 (4): 282–300.
126. Koenen, K.C. Posttraumatic stress disorder and cardiometabolic disease: improving causal inference to inform practice / K.C. Koenen, J.A. Sumner, P. Gilsanz [et al.] // *Psychological medicine*. – 2017; 47 (2): 209–225.
127. Langan, D. Canadian police mothers and the boys' club: pregnancy, maternity leave, and returning to work / D. Langan, C. Sanders, T. Agocs // *Women & Criminal Justice*. – 2017; 27 (4): 235–249.
128. Levac, D. The application of motor-learning strategies within functionally based interventions for children with neuromotor conditions / D. Levac, L. Wishart, C. Missiuna [et al.] // *Pediatric Physical Therapy*. – 2009; 21 (4): 345–355.
129. Liberman, A.M. Routine occupational stress and psychological distress in police / A.M. Liberman, S.R. Best, T.J. Metzler, J. Fagan // *Policing: An International Journal*. – 2002; 25 (2): 421–441.
130. Lonsway, K.A. Sexual harassment in law enforcement: incidence, impact, and perception / K.A. Lonsway, R. Paynich, J.N. Hall // *Police Quarterly*. – 2013; 16 (2): 177–210.
131. Magnus, J. Female police officers: the influence of a masculine culture / J. Magnus. – PhD thesis. – ProQuest, 2017.
132. Matthew T. Luciano. Posttraumatic Stress Disorder, Drinking to Cope, and Harmful Alcohol Use: A Multivariate Meta-Analysis of the Self-Medication Hypothesis / Luciano Matthew T., Acuff Samuel F., Olin Cecilia C. [et al.] // *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. – 2022. – May. – 131(5).
133. Marek, T.M. Gender and PTSD: What Can We Learn from Female Police Officers? / T.M. Marek, G.A. Clum, C.G. Schopmeyer // *Journal of Traumatic Stress*. – 2009; 22 (6): 545–553.

134. Maguen, S. Routine work environment stress and PTSD symptoms in police officers / S. Maguen, T. Metzler, S.E. McCaslin [et al.] // *Journal of Nervous & Mental Disease*. – 2009; 197 (10): 754–760.
135. McCartney, S. The culture of law enforcement / S. McCartney, R. Parent // *Ethics in Law Enforcement* [Электронный ресурс]. – 2015. – URL: <https://opentextbc.ca/ethicsinlawenforcement> (дата обращения: 17.06.2025).
136. McCreary, D. Measuring policing stress meaningfully: establishing norms and cut-off values for the operational and organizational police-stress questionnaires / D. McCreary, I. Fong, D. Groll // *Police Practice & Research*. – 2017; 18 (6): 612–623.
137. McGuire, A.P. Dispositional gratitude and mental health in the U.S. veteran population: Results from the National Health and Resilience Veterans Study / A.P. McGuire, B.M. Fogle, J. Tsai [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2021; 135: 279–288.
138. Moore, D. Gender traits and identities in a “masculine” organization: the Israeli police force / D. Moore // *Journal of Social Psychology*. – 1999; 139 (1): 49–68.
139. Morash, M. Doing, redoing and undoing gender: variation in gender identities of women working as police officers / M. Morash, R.N. Haarr // *Feminist Criminology*. – 2012; 7 (1): 3–23.
140. Morash, M. Gender differences in predictors of police stress / M. Morash, D. Kwak, R. Haarr // *Policing: An International Journal*. – 2006; 29 (3): 541–563.
141. Mota, N.P. Posttraumatic stress symptom courses in U.S. military veterans: A seven-year, nationally representative, prospective cohort study / N.P. Mota, J.M. Cook, N.B. Smith [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2019; 119: 23–31.
142. Murray, S.E. Seeing and doing gender at work: a qualitative analysis of Canadian male and female police officers / S.E. Murray // *Feminist Criminology*. – 2021; 16 (1): 91–109.

143. Norris, F.H. Gender differences in posttraumatic stress symptoms after a terrorist attack: The 2011 Oslo bombing / F.H. Norris, J.D. Foster, D.S. Weishaar [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2017; 8: Article 2091.
144. Noblet, A. Police stress: the role of the psychological contract and perceptions of fairness / A. Noblet, J. Rodwell, A. Allisey // *Policing: An International Journal*. – 2009; 32 (4): 613–630.
145. Rabichuk, N. Stress experiences of women in policing: a scoping review / N. Rabichuk, R. D’Andrea, J. Balla, [et al.] // *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*. – 2024; 44 (1): 1–15
146. Rosen, C.S. Gender differences in the expression of PTSD symptoms among active duty military personnel / C.S. Rosen, R.L. Spitzer, P.R. McHugh // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2019; 65: Article 102145.
147. Olf, M. Gender differences in posttraumatic stress disorder / M. Olf, W. Langeland, N. Draijer [et al.] // *Psychological Bulletin*. – 2007; 133 (2): 183–204.
148. Overstreet, C. Resilience to traumatic stress in U.S. military veterans: Application of a novel classification approach in a nationally representative sample / C. Overstreet, J.C. DeViva, A. Amstadter [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2021; 140: 301–307.
149. O’Connor Shelley, T. Gendered institutions and gender roles: understanding the experiences of women in policing / T. O’Connor Shelley, M. Schaefer Morabito, J. Tobin-Gurley // *Criminal Justice Studies*. – 2011; 24 (4): 351–367.
150. Pollard, H.B. «Soldier's Heart»: A Genetic Basis for Elevated Cardiovascular Disease Risk Associated with Post-traumatic Stress Disorder / H.B. Pollard, C. Shivakumar, J. Starr [et al.] // *Frontiers in molecular neuroscience*. – 2016; 9: 87.
151. Patton, M. *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice* / M. Patton. – 4th ed. – Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.
152. Ricciardelli, R. Qualitatively unpacking Canadian public-safety-personnel experiences of trauma and well-being / R. Ricciardelli, R.N. Carleton, D.

Groll, N. Crosby // *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. – 2018; 60: 566–577.

153. Schuck, A. Gender differences in policing: testing hypotheses from performance and disruption perspectives / A. Schuck // *Feminist Criminology*. – 2014; 9 (2): 160–185.

154. Schulze, C. Family leave and law enforcement: a survey of parents in U.S. police departments / C. Schulze // *Critical Criminology*. – 2010; 19 (2): 137–153.

155. Shane, J.M. Stress inside police departments: how the organization creates stress and performance problems in police officers / J.M. Shane. – New York: Routledge, 2020.

156. Shjarback, A. The prevalence of female representation in supervisory and management positions in American law enforcement: an examination of organizational correlates / A. Shjarback, N. Todak // *Women & Criminal Justice*. – 2019; 29 (3): 129–147.

157. Silvestri, M. Disrupting the “heroic” male within policing: a case for direct entry / M. Silvestri // *Feminist Criminology*. – 2018; 13 (3): 309–328.

158. Silvestri, M. Gender and police leadership: time for a paradigm shift? / M. Silvestri, S. Tong, J. Brown // *International Journal of Police Science & Management*. – 2013; 15 (1): 61–73.

159. Somvadee, C. Dynamics of sexual harassment for police-women working alongside men / C. Somvadee, M. Morash // *Policing: An International Journal*. – 2008; 31 (3): 485–498.

160. Song H., Fang F., Tomasson G. [et al.] Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease / H. Song, F. Fang, G. Tomasson [et al.] // *JAMA*. – 2018; 319 (23): 2388–2400.

161. Statistics Canada. Police personnel and selected crime statistics, 2024 [Электронный ресурс]. – 2024. – URL: <https://www150.statcan.gc.ca/> (дата обращения: 17.06.2025).

162. Shalev, A.Y. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) / A.Y. Shalev,

M. Gevonden, A. Ratanatharathorn [et al.] // *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. – 2019; 18 (1): 77–87.

163. Shalev, A.Y. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) / A.Y. Shalev, M. Gevonden, A. Ratanatharathorn [et al.] // *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. – 2019; 18 (1): 77–87.

164. Sharma, V. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study / V. Sharma, D.B. Marin, H.K. Koenig [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2017; 217: 197–204.

165. Spector, P.E. Measurement of human service staff satisfaction: development of the Job Satisfaction Survey (JSS) / P.E. Spector // *American Journal of Community Psychology*. – 1985; 13 (6): 693–713.

166. Swan, P. Gender identity and job satisfaction among police-women / P. Swan // *International Journal of Police Science & Management*. – 2016; 18 (3): 1–12.

167. Taft, C.T. Gender differences in somatic symptoms related to PTSD in military veterans / C.T. Taft, A. Pless, C. Stalnacker [et al.] // *Military Medicine*. – 2019; 184 (6–7): 121–127.

168. Thompson, B.M. Violence and stress in policing / B.M. Thompson, A. Kirk, D.F. Brown [et al.] // *International Journal of Police Science & Management*. – 2006; 8 (2): 146–156.

169. Thomas M.M. Mental and Physical Health Conditions in US Combat Veterans: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study / M.M. Thomas, I. Harpaz-Rotem, J. Tsai [et al.] // *The primary care companion for CNS disorders*. – 2017; 19 (3)

170. Veterans: Results From the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study // *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. – 2021; 29 (12): 1280–1285.

171. Yates, C. Women are key to union renewal: lessons from the Canadian labour movement / C. Yates // In: Kumar P., Schenk C. (eds.). *Paths to Union Renewal: Canadian Experience*. – Toronto: Univ. of Toronto Press, 2019. – P. 103–112.

172. Violanti, J.M. Police occupational stressors: operational and organizational / J.M. Violanti, S.L. Owens, E. McCanlies [et al.] // *Policing: An International Journal*. – 2017; 40 (4): 1–15.

173. Yu, H. An examination of women in federal law enforcement: an exploratory analysis of the challenges they face in the work environment / H. Yu // *Feminist Criminology*. – 2015; 10: 259–278.

174. Ward, A. Good-practice case studies in the advancement of women in policing / A. Ward, T. Prenzler // *International Journal of Police Science & Management*. – 2016; 18 (4): 242–250.

175. Wolf, E.J. A classical twin study of PTSD symptoms and resilience: Evidence for a single spectrum of vulnerability to traumatic stress / E.J. Wolf, M.W. Miller, D.R. Sullivan [et al.] // *Depression and anxiety*. – 2018; 35 (2): 132–139.

176. Yehudaa, R. Magnetic resonance imaging predictors of psychotherapy treatment response in post-traumatic stress disorder: A role for the salience network *Psychiatry Research* / R. Yehudaa, R. Philip, B. Szeszkoa. – Volume 277. – July 2019. – P. 52-57.

177. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983; 67 (6): 361–370.

178. Zoorob, M. Does “right to work” imperil the right to health? The effect of labour unions on workplace fatalities / M. Zoorob // *Occupational and Environmental Medicine*. – 2018; 75 (10): 736–738.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

## Стратификация женщин – сотрудников ОВД по уровням риска с цифровыми критериями

Критерии / Факторы риска	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Копинг-стратегии (баллы)	Адаптивные стратегии: • поиск поддержки > 40 • позитивная переоценка > 40 • конфронтация < 40 • дистанцирование < 35	Смешанный копинг: • конфронтация 40–55 • дистанцирование 35–45	Дезадаптивный копинг: • конфронтация > 55 (у мужчин $73,8 \pm 14,4$ ; у женщин неблагоприятно > 55) • дистанцирование > 45
Жизнестойкость (баллы)	Контроль > 35 Принятие риска > 22	Контроль 30–35 Принятие риска 18–22	Контроль < 30 Принятие риска < 18
Аффективное состояние (шкалы HADS/QIDS)	HADS-A < 7 ;HADS-D < 7	HADS-A 7–9;HADS-D 7–9	HADS-A $\geq 10$ ; HADS-D $\geq 10$ QIDS $\geq 10$
Соматофизиологическое напряжение	АЛТ/АСТ в пределах нормы жалобы отсутствуют	Лабильность АЛТ/АСТ < 15% от нижней границы нормы эпизодические соматоформные симптомы	АЛТ/АСТ повышены на $\geq 20\%$ от возрастной нормы стабильные соматоформные нарушения (F45.0, F45.2)
Нарушения сна	Эпизодические трудности засыпания (<2 раз/нед.)	Умеренные нарушения сна (2–3 раза/нед.)	Хронические нарушения сна (>3 раз/нед.) с влиянием на функциональность
Стрессовые факторы службы/семьи	Низкая выраженность	Умеренные служебные или семейные стрессоры	Высокая конфликтность, множественные стрессоры
Профессиональный профиль	Административно-оперативный: аналитика, штаб, делопроизводство	Смешанный профиль	Социономический профиль: ПДН, дознание, участковые, ООП, ДЧ
Клинический статус	Нет психических расстройств	Субклинические состояния	Диагностированные F40–F48, F43.2, F45
Стратификация по результатам	Все показатели в зелёной зоне	Один фактор в жёлтой зоне	$\geq 2$ факторов из красной зоны или диагноз

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Стратификация женщин – сотрудников ОВД по уровням риска развития психических и психосоматических расстройств

Критерии / Факторы риска	Группа низкого риска	Группа среднего риска	Группа высокого риска
Копинг-стратегии	Преобладают адаптивные стратегии: поиск социальной поддержки, позитивная переоценка	Смешанный тип копинга, эпизоды избегания или эмоционального напряжения	Деадаптивный копинг: конфронтация, дистанцирование, избегание
Жизнестойкость	Сохранные показатели; эмоциональная стабильность	Умеренное снижение одного из компонентов жизнестойкости	Выраженное снижение контроля, принятия риска, чувства управляемости
Аффективное состояние	Отсутствие клинически значимого дистресса	Умеренная тревога/депрессия	Высокий аффективный дистресс, эмоциональная лабильность
Нарушения сна	Эпизодические, компенсируемые	Периодические нарушения сна	Хронические, влияющие на функциональное состояние
Стрессовые факторы службы и семьи	Низкая стрессовая нагрузка	Умеренная выраженность служебных/семейных стрессоров	Высокая конфликтность, совмещение множества стрессоров
Профессиональный профиль	Административно-оперативный профиль	Смешанный служебный профиль	Социономический профиль
Клинический статус	Нет признаков психических и психосоматических расстройств	Субклинические проявления	Диагностированные стресс-ассоциированные расстройства
Требуемые меры сопровождения	Наблюдение	Профилактика, динамический мониторинг	лечение