

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

На правах рукописи

Ичитовкина Елена Геннадьевна

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КОМБАТАНТОВ МИНИСТЕРСТВА
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
ОПЕРАТИВНО-СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

05.26.02 – безопасность в чрезвычайных ситуациях

14.01.06 – психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор

А.Г. Соловьев

доктор медицинских наук, профессор

М.В. Злоказова

Архангельск – 2016 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	19
1.1. Психическое здоровье комбатантов – основа безопасности в чрезвычайных ситуациях (современные представления).....	19
1.2. Донозологические невротические и патохарактерологические реакции у комбатантов	23
1.3. Аддиктивное поведение у комбатантов.....	29
1.4. Клинические особенности пограничных психических расстройств у комбатантов	32
1.5. Особенности организации и проведения терапии и реабилитации комбатантам с пограничными психическими расстройствами.....	37
1.6. Профессиональный отбор на службу как психопрофилактика негативных последствий чрезвычайного характера.....	44
1.6.1. Проблема выявления наркотических, токсических, психотропных средств без назначения врача у кандидатов на службу в Министерстве внутренних дел России.....	51
ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	55
ГЛАВА III. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КОМБАТАНТОВ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ЕГО ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ СЛУЖБЫ.....	62
3.1. Психическое состояние комбатантов после участия в боевых действиях..	62
3.2. Структура психопатологической симптоматики у комбатантов с пограничными психическими расстройствами	64
3.3. Психосоциальный катамнез комбатантов в зависимости от групп профессионального психологического отбора при поступлении на службу в органы внутренних дел.....	67

3.4. Анализ личностных особенностей комбатантов при поступлении на службу в органы внутренних дел.....	71
3.5. Особенности терапии пограничных психических расстройств у комбатантов после участия в боевых действиях	78
3.6. Катамнестическое исследование психического здоровья комбатантов после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях.....	91
3.6.1. Психическое здоровье комбатантов через месяц после командировки в зоны с особыми условиями служебной деятельности	91
3.6.2. Психическое состояние комбатантов через год после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях	101
3.6.3. Психическое состояние у комбатантов через четыре года после участия в оперативно-служебных мероприятиях в особых условиях.....	112
3.7. Социальная адаптация комбатантов через четыре года после исполнения оперативно-служебных задач в зонах особого риска.....	125
3.8. Модели прогноза формирования транзиторных аффективно-поведенческих реакций и пограничных психических расстройств у комбатантов на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности	126
3.9. Модели прогноза формирования транзиторных аффективных реакций и пограничных психических расстройств на основе базовых шкал методов посттравматического стрессового расстройства И.О. Котенева и теста Басса-Дарки	130
ГЛАВА IV. КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОМБАТАНТОВ-ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	136
4.1. Социальная адаптация комбатантов - пенсионеров Министерства внутренних дел России.....	136

4.2. Динамика личностных особенностей комбатантов-пенсионеров Министерства внутренних дел России	138
---	-----

ГЛАВА V. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОТБОР КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ..... 140

5.1. Социальные факторы риска формирования деструктивного поведения с употреблением наркотических средств и их аналогов у кандидатов на службу в органы внутренних дел	140
5.2. Личностные факторы риска, способствующие формированию деструктивного поведения с употреблением наркотических, токсических, психотропных средств	143
5.3. Способ прогноза употребления наркотических средств и их аналогов кандидатами на службу в органы внутренних дел на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности	148
5.4. Оценка динамики латентного наркопотребления у кандидатов на службу в органы внутренних дел.....	152
5.5. Роль специального психофизиологического исследования с применением полиграфного устройства при проведении профотбора.....	154

ГЛАВА VI. ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОМБАТАНТОВ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 156

6.1. Катамнестическая оценка эффективности методов профотбора в Министерстве внутренних дел до внесения изменений в нормативно правовую базу.....	156
6.2. Особенности современной системы профессионального психологического отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел.....	161

6.3. Проблемы организации медико-психологического сопровождения личного состава в Министерстве внутренних дел России	164
6.4. Центр психического здоровья Министерства внутренних дел России структура, обоснование необходимости создания	166
6.5. Проведение реабилитации комбатантам с аффективными реакциями в анамнезе и негативной динамикой личностных особенностей в Центрах психического здоровья Министерства внутренних дел России	173
ВЫВОДЫ.....	188
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	191
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	193
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	220
ПРИЛОЖЕНИЯ	265

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АС	– адаптивные способности
АТ	– аутогенная тренировка
БПТ	– боевая психическая травма
ВВК	– Военно-врачебная комиссия
ВИПК	– Всероссийский институт повышения квалификации
ГР	– группа риска
ГЦПД	– Главный центр психофизиологической диагностики
ЗОЖ	– здоровый образ жизни
КОТ	– краткий отборочный тест
КТО	– контртеррористическая операция
КО	– коммуникативные особенности
ЛАП	– личностный адаптационный потенциал
МВД	– Министерство внутренних дел
МНК	– морально-нравственные качества
МСЧ	– медико-санитарная часть
МСЦ	– медико-санитарный центр
МЛО	– многоуровневый личностный опросник
НПУ	– нервно-психическая устойчивость
НР	– невротическое расстройство
НРЛ	– невротическое развитие личности
НС	– наркотические средства
ОВД	– органы внутренних дел
ОМОН	– отряд мобильный особого назначения
ОШ	– отношение шансов
ПАВ	– психоактивные вещества
ППС	– патрульно-постовая служба
ППР	– пограничное психическое расстройство

ПТСР	– посттравматическое стрессовое расстройство
РА	– расстройства адаптации
РЛ	– расстройства личности
СМИЛ	– стандартизированный многофакторный метод исследования личности
СКР	– Северокавказский регион
СОБР	– специальный отряд быстрого реагирования
СПФИ	– специальное психофизиологическое исследование с применением полиграфного устройства
ТАПР	– транзиторные аффективно-поведенческие реакции
УАМ	– уровень агрессивной мотивации
ХТИ	-химико-токсикологическое исследование
ЦПД	– центр психофизиологической диагностики
ЦПЗ	- центр психического здоровья
ЧС	– чрезвычайные ситуации
ФР	– факторы риска
ЦМСЧ	– Центральная медико-санитарная часть

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение психического здоровья и продление профессионального долголетия лиц опасных профессий с прогнозированием уровня их профессиональной работы и боеспособности является важной медико-социальной задачей [62, 120, 123, 159, 174, 181]. Одной из актуальных проблем ведомственной психиатрии является разработка научных методов обоснования и оптимизации программ медицинского и психологического обеспечения специалистов, работающих в экстремальных условиях профессиональной деятельности (профессиональный отбор, диагностика и поддержка психологической готовности, медико-психологическое сопровождение, психопрофилактика, коррекция и реабилитация) при ЧС с учетом того, что более пяти миллионов человек или каждый восьмой мужчина в России служат в силовых структурах [113, 148, 186]. Это необходимо для минимизации негативных психосоциальных последствий в виде выраженных ППР, аддиктивного поведения с формированием сопутствующих зависимостей от алкоголя и наркотиков [102, 107]. Установлены многочисленные факторы нарушений адаптации участников боевых действий после возвращения к мирной жизни, проявляющиеся в сфере межличностных отношений: конфликтность, высокий уровень агрессии, разводы, суициды, алкоголизм и наркомании [191]. Последствия эмоциональной неустойчивости комбатантов, имеющих табельное оружие, в том числе в структуре МВД России являются потенциальной угрозой причинения ущерба здоровью гражданам [121].

Для успешного продвижения реформ в МВД России необходимо формирование кадрового состава полицейских из наиболее ответственных, морально-психологически устойчивых лиц, замотивированных на честную службу граждан РФ [71]. Улучшение эффективности деятельности правоохранительных органов невозможно без совершенствования подходов к профессиональному психологическому отбору и медико-психологическому сопровождению личного состава [163]. Для решения данной задачи в директиве Министра внутренних дел «О приоритетных направлениях деятельности органов внутренних дел

Российской Федерации и внутренних войск МВД России в 2014 году» регламентировано внедрить единую систему непрерывной оценки поведения сотрудников по критически важным показателям личностной профессиональной и функциональной надежности [161]. Для реализации положений директивы, в первую очередь необходимо совершенствовать прикладные и фундаментальные основы медицинского и психологического обеспечения специалистов, работающих в экстремальных условиях профессиональной деятельности, такие как психопрофилактика, сопровождение, коррекция, реабилитация [101].

Эффективная реализация психокоррекционных и медико-психологических реабилитационных мероприятий выходит за рамки компетенции одних психиатров и может быть действенной лишь при условии объединения их усилий с деятельностью специалистов в области наркологии, социальной и клинической психологии [187].

Актуальность повышения качества профилактической и лечебной помощи сотрудникам полиции диктует необходимость дальнейшего совершенствования форм обследования полицейских и ставит перед психиатрами задачи активного выявления ППР [12].

Несмотря на широкий интерес к данной проблеме недостаточно работ по разработке методологии, принципов и методов системы оказания медицинской и психологической помощи полицейским при различных видах ЧС. Недостаточно изучено состояние психического здоровья действующих полицейских, тем более этот вопрос практически не рассматривался с динамических позиций. Назрела необходимость разработки научных основ создания и совершенствования систем, прогнозирования и мониторинга психического состояния комбатантов при воздействии ЧС с разработкой основ взаимодействия врачей, психологов и специалистов профессий особого риска для применения необходимых мер по минимизации последствий ЧС и улучшению качества жизни сотрудников экстремальных профессий.

Важность разработки вопросов, касающихся сохранения психического здоровья комбатантов и повышения эффективности психодиагностических и

лечебно-реабилитационных мероприятий, обусловили необходимость проведения настоящего исследования.

Цель исследования – динамическая оценка состояния психического здоровья комбатантов Министерства внутренних дел России на фоне медико-психологического сопровождения в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности для создания модели системного мониторинга психического здоровья, повышения эффективности диагностической, лечебно-психокоррекционной, реабилитационной, психопрофилактической помощи и организации профессионального отбора.

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

1. Оценить состояние психического здоровья комбатантов – сотрудников полиции и его динамику в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности и на этапе реабилитации.

2. Выявить психосоциальные факторы, способствующие успешности службы сотрудников полиции, для зачисления в кадровый резерв руководящего состава и на вышестоящие должности.

3. Разработать модели прогноза формирования пограничных психических расстройств и транзиторных аффективно-поведенческих реакций у комбатантов.

4. Оценить состояние психического здоровья и социально-психологические особенности адаптации комбатантов – пенсионеров Министерства внутренних дел России, уволенных в связи с наличием психических расстройств, препятствующих дальнейшему прохождению службы.

5. Проанализировать основные причины снижения профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу в Министерстве внутренних дел России на современном этапе и предложить методические подходы к выявлению лиц, имеющих неблагоприятный прогноз.

6. Оценить эффективность системы профотбора в Министерстве внутренних дел России на основании успешности службы и катамнеза психического здоровья полицейских и разработать рекомендации по ее улучшению.

7. Разработать психодинамическую модель медико-психологического сопровождения комбатантов для системного мониторинга психического здоровья сотрудников, повышения качества оказания диагностической, лечебно-психокоррекционной и психопрофилактической помощи с созданием принципиальной новой лечебно-диагностической структуры – центров психического здоровья в медико-санитарных частях Министерства внутренних дел России, на базе существующих центров психофизиологической диагностики.

Научная новизна исследования. Впервые проведен динамический анализ психического здоровья комбатантов МВД России в процессе службы; оценены и проанализированы психологические и социальные факторы риска (ФР), включающие неблагоприятные медико-биологические и социально-средовые условия формирования, развития, воспитания, особенности поведения при поступлении на службу на должности, связанные с исполнением оперативно-служебных задач в особых условиях. Впервые проведено изучение катамнеза комбатантов за десять лет службы с оценкой социальной адаптированности к мирной жизни с клинико-психологических позиций. Выявлены основные причины снижения профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу в МВД России на современном этапе, предложены методы скрининга выявления у них наркологических расстройств, и усовершенствованы критерии профотбора в МВД России на должности, связанные с исполнением оперативно-служебных и боевых задач в особых условиях. Впервые систематизированы подходы к медико-психологическому сопровождению комбатантов с созданием принципиально новой лечебно-диагностической, психопрофилактической структуры – Центра психического здоровья – в региональных ведомственных медико-санитарных частях (МСЧ) МВД России на базе существующих центров психофизиологической диагностики для осуществления мониторинга психического состояния полицейских и своевременного оказания лечебно-коррекционной помощи после воздействия стресс-факторов экстремального характера. Впервые разработаны модели прогноза формирования ППР и ТАПР у

комбатантов-полицейских в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности.

Научно-практическая значимость исследования и внедрение результатов. На основании результатов проведенного исследования предложены новые подходы к динамической оценке психического здоровья комбатантов МВД России в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности и на этапе реабилитации. Полученные данные легли в основу методических рекомендаций «Проведение реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий среди сотрудников органов внутренних дел» (ВИПК МВД России, 2015), выполненных на основании заявки МВД России от 27.03.2014 № 22/29/ЦЧ/9-1893 и рекомендованных для внедрения по всем субъектам РФ для методического обеспечения положений Приказа МВД России от 10.01.2012 № 5 «О проведении медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел». Предложенные методы выявления ППР, ТАПР, поэтапной комплексной терапии и реабилитации внедрены в лечебно-диагностический процесс федеральных казенных учреждений здравоохранения МСЧ МВД России по субъектам РФ (акт внедрения от 05.02.2015). Материалы исследования используются при проведении профессиональной служебной подготовки сотрудников внутренней службы в Центре психофизиологической диагностики Центральной МСЧ МВД России и в центрах психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по субъектам РФ (акт внедрения от 05.02.2015). В соответствии с решением организационно-методической комиссии МВД России, на основании оповещения 22\29\ЦЧ\9-2642 внесены изменения в Положения о ЦПД МСЧ МВД России по субъектам РФ с введением в функции ЦПД лечебно-реабилитационной деятельности в рамках проведения МПР сотрудникам МВД России.

Результаты диссертационной работы внедрены в учебный процесс во Всероссийском институте повышения квалификации сотрудников (далее – ВИПК) МВД России для повышения качества профессиональной подготовки руководителей, их заместителей, врачей-психиатров, врачей функциональной

диагностики и медицинских психологов ЦПД МСЧ МВД России, ускоренной профессиональной адаптации вновь принятых в эти экспертные подразделения медицинских специалистов и профилактики ошибок в их деятельности, оптимизации взаимодействия между ЦПД и психологической службой МВД России (акт внедрения от 05.02.2015). Материалы научного исследования внедрены в проведение учебного процесса в рамках повышения квалификации руководителей, их заместителей, врачей-психиатров, психологов в Федеральном казенном учреждении дополнительного профессионального образования «Кировский институт повышения квалификации Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России» (акт внедрения от 15.06.2016), а также студентов до- и последиplomного образования медицинских вузов - Кировской государственной медицинской академии (акт внедрения от 18.04.2016) и Северного государственного медицинского университета (акт внедрения от 19.05.2016) Министерства здравоохранения РФ.

На основании полученных данных внесено рационализаторское предложение – «Способ скрининга употребления наркотических средств кандидатами на службу в органы внутренних дел» (№ 6/15 от 21.11.2015). «Скрининг-методика для субъективной оценки психического состояния комбатантами» внедрена в деятельность ЦПД по субъектам РФ при проведении психопрофилактических осмотров личного состава МВД России по субъектам РФ (Москва, 1015). Подана заявка на изобретение «Способ прогноза формирования транзиторных аффективно-поведенческих реакций у комбатантов».

Личный вклад автора в проведенное исследование заключается в самостоятельной разработке программы исследования, участии в его осуществлении. Полученные автором данные по диагностике и лечению ППР и ТАПР у комбатантов-полицейских легли в основу разработки методических рекомендаций МВД России в соответствии с приоритетным направлением развития медицинской службы МВД России на 2014–2016 гг. и на период до 2018 г., внедрены для методического обеспечения положений Приказа МВД России от

10.01.2012 № 5 «О проведении медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел» по всем субъектам РФ. Предложенные автором методики применяются при проведении профессиональной служебной подготовки врачей и клинических психологов в центрах психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по всем субъектам РФ, в том числе и в Центральной МСЧ, внедрены в учебный процесс во Всероссийском институте повышения квалификации сотрудников МВД России и в Кировском институте повышения квалификации Федеральной службы исполнения наказаний России. Автором самостоятельно разработаны модели прогноза формирования ППР и ТАПР у полицейских и модель прогноза употребления НС у кандидатов на службу в МВД России, для проведения профотбора и психопрофилактических осмотров личного состава органов внутренних дел по субъектам РФ. Автором разработаны рекомендации по усовершенствованию профотбора кандидатов на службу в ЦПД МСЧ МВД России по субъектам РФ, обоснована необходимость создания центров психического здоровья (далее – ЦПЗ) для оказания не только диагностической, но и лечебно-психокоррекционной, психопрофилактической помощи и включения в штатную структуру врачей психотерапевтов и психиатров-наркологов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Психическое здоровье действующих комбатантов Министерства внутренних дел России после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях характеризуется наличием донологических – транзиторных аффективно-поведенческих – реакций и нозологических – пограничных психических нарушений в форме расстройств адаптации и посттравматических стрессовых расстройств. В процессе проведения реабилитации у комбатантов с пограничными психическими расстройствами наблюдается положительная динамика психического состояния с редукцией основных психопатологических нарушений в течение года.

2. Психосоциальными факторами, способствующими успешности службы комбатантов, являются: тревожный тип акцентуации характера,

коммуникабельность, средний интеллектуальный уровень, отсутствие опыта употребления наркотических средств в анамнезе, отсутствие склонности к импульсивным поступкам. Использование методов прогноза вероятности формирования психических расстройств на основе экспериментально-психологических методик повышает качество проведения целевых психопрофилактических обследований полицейских при направлении в служебные командировки.

3. Психическое здоровье комбатантов – пенсионеров Министерства внутренних дел имеет негативную клиническую динамику с высоким уровнем инвалидизации, частым формированием зависимости от алкоголя, снижением социальной адаптации, что требует оказания медико-психологической и социальной помощи с регулярным динамическим наблюдением в центрах психического здоровья медико-санитарных частей.

4. Основной причиной снижения профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу в полицию на современном этапе является употребление наркотических средств. Скринингующими признаками для выявления наркологических расстройств могут служить: повышение по шкалам «мужественность» и «оптимистичность» стандартизированного многофакторного метода исследования личности; гиперопека со стороны родителей или авторитарный стиль воспитания в неполной семье; отягощенная наследственность по линии алкогольной зависимости. Целесообразно проведение наркологической экспресс-методики на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности, закрепление использования данного метода в совокупности с полиграфной проверкой на законодательном уровне и внесением соответствующих изменений в нормативно-правовую базу Министерства внутренних дел.

5. Комплексный прогноз успешности служебной деятельности, проводившийся психиатрами и клиническими психологами по системе профотбора до 2015 г., был эффективен в 91,3% случаев. Современные обследования социальными психологами кадровых подразделений не учитывают

клинико-психопатологические факторы риска с существенным снижением качества отбора, увеличением объема и стоимости обследования.

б. Создание центров психического здоровья в медико-санитарных частях Министерства внутренних дел с объединением всех ведомственных специалистов в области психического здоровья (психиатров, психотерапевтов, клинических и социальных психологов кадровых подразделений) необходимо сопровождать введением в штатную структуру врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов для качественного осуществления основных направлений деятельности – профотбора, медико-психологического сопровождения личного состава (диагностика, терапия, реабилитация), сопровождение комбатантов-пенсионеров (терапия, реабилитация, ресоциализация).

Концепция работы заключается в том, что после исполнения оперативно-служебных задач в экстремальных условиях у комбатантов формируются психические расстройства (от донозологических аффективных нарушений до психопатизации с сопутствующими зависимостями) и выраженные акцентуации характера, которые приводят к снижению социального функционирования, а в части случаев к социальной дезадаптации с опасными последствиями для общества. Своевременное выделение «групп риска» в процессе проведения профотбора и медико-психологического сопровождения личного состава и пенсионеров-комбатантов с разработкой научно обоснованных комплексных программ терапии, реабилитации, ресоциализации, с созданием принципиальной новой ведомственной структуры – центра психического здоровья – позволит сохранить личностную и функциональную надежность комбатантов и минимизировать негативные психосоциальные последствия как для сотрудников силовых структур, так и для российского общества в целом.

Апробация работы. Результаты работы доложены и обсуждены на Всероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах» (Москва, 2009); учебно-методическом сборе с офицерами социально-психологической службы соединений воинских частей Приволжского регионального командования ВВ МВД России (Киров, 2012); на

всероссийских конференциях «Медико-психологическое обеспечение деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (Москва, 2013); «Актуальные вопросы охраны психического здоровья сотрудников правоохранительных органов» (Москва, 2013); «VII Всероссийская ежегодная научно-практическая конференция, посвященная Дню медицинской службы системы МВД России и 200-летию Казанского государственного медицинского университета» (Казань, 2014); «Совершенствование правовых основ наркологической помощи» (Москва, 2014); «Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации. Васильевские чтения-2015(Санкт-Петербург,2015); научно-практической конференции с международным участием «Интеграция и эволюция в психотерапии, достижения», «Никифоровские чтения-2015: передовые отечественные и зарубежные медицинские технологии» (Санкт-Петербург, 2015 г.); на XVI съезде психиатров России (Казань, 2015); научно-практической конференции с международным участием «Бехтеревские чтения» (Киров, 2016); межведомственном межрегиональном совещании психологов кадровых подразделений силовых структур (Киров, 2015); совместном заседании проблемных комиссий Северного государственного медицинского университета по гигиене, физиологии труда, экологии и безопасности в чрезвычайных ситуациях и психическому здоровью (Архангельск, 2015).

Область исследования. Диссертационная работа выполнена в соответствии с Паспортами специальностей ВАК РФ: 05.26.02 - «Безопасность в чрезвычайных ситуациях» - по областям исследований: п. 1 - исследование актуальных проблем обеспечения безопасности в ЧС природного, техногенного, биолого-социального и военного характера; п. 6 - исследование проблем психотравмирующих воздействий условий экстремальных ситуаций на человека, форм и методов работы по оказанию психологической и социальной помощи, а так же методик психологической адаптации спасателей к воздействию психотравмирующих условий и их реабилитации; п. 21 - разработка прикладных и фундаментальных основ медицинского и психологического обеспечения

специалистов, работающих в экстремальных условиях профессиональной деятельности (профессиональный психологический отбор, психологическая подготовка, диагностика и поддержка психологической готовности, психологическое сопровождение, психопрофилактика, коррекция и реабилитация) при авариях, катастрофах, ЧС; п. 22 - разработка прикладных и фундаментальных основ медицинского и психологического обеспечения населения (психопрофилактика, подготовка, сопровождение, коррекция, реабилитация) при авариях, катастрофах, ЧС, в том числе социально-кризисного характера (вооруженные конфликты); п. 26 - разработка методологии и прикладных психолого-акмеологических проблем профессионализма деятельности и личности специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, выявление психологических закономерностей развития и формирования личности в профессиях особого риска. 14.01.06 - «психиатрия»: п. 4 - клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 43 печатные работы, в т. ч. 19 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований, 1 монография, 2 методические рекомендации.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 292 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций, клинических примеров, иллюстрирована 14 рисунками, содержит 55 таблиц. Библиография включает 358 источников, в том числе 228 отечественных и 130 – зарубежных авторов.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Психическое здоровье комбатантов – основа безопасности в чрезвычайных ситуациях (современные представления)

Концепция профессионального здоровья представителей силовых структур является ведущим принципом разработки мероприятий по обеспечению их профессиональной надежности [33, 43, 55, 60, 66, 95, 125, 222, 223]. Профессия полицейского связана с повышенными психоэмоциональными нагрузками, особенно при выполнении оперативных задач в зонах с особыми условиями службы, что требует совершенствования системы профотбора и медико-психологического сопровождения лиц, работающих в особых и экстремальных условиях [5, 6, 13, 24, 32, 36, 38, 48, 65, 75, 10, 107, 145].

Сохранение психического здоровья у комбатантов силовых структур является наиболее актуальной задачей ведомственной и гражданской психиатрии, что, в первую очередь, связано с ростом количества вооруженных конфликтов в мире, в том числе и на европейском континенте [5, 18, 24, 28, 45, 49, 51, 61, 62, 67, 73, 78, 86, 105, 113, 120, 136, 144, 148, 169, 181, 189, 213, 265, 236, 252]. На первый план по своей социальной значимости выходят вопросы психопрофилактики деструктивного поведения у комбатантов: суицидальных действий и антисоциальных поступков, употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем [1, 7, 21, 41, 42, 52, 58, 68, 77, 82, 84, 87, 98, 110, 122, 129, 135, 153, 161, 168, 172, 175, 184, 264, 267, 270, 290, 300, 317, 320, 321, 232, 328].

Проблемами состояния психического здоровья участников боевых действий первой мировой и Гражданской войн в России занимались В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, Г.Е. Шумков, после Великой отечественной войны Е.К. Краснушкин, В.А. Гиляровский, А.Р. Лурия и многие другие.

Большой вклад в изучение последствий воздействия экстремальных ситуаций, в том числе и оперативно-служебного и боевого характера, у нас в стране внесли Б.Г. Ананьев, С.Г. Геллерштейн, С.В. Литвинцев, А.Н. Леонтьев,

В.М. Лыткин, А.А. Марченко, В.В. Нечипоренко, М.М. Решетников, О.Н. Рыбников, Е.В. Снедков, А.Ю. Стрельникова, Н.В. Тарабрина, Г.А. Фастовцев, Г. Е. Шумаков, В.К. Шамрей [12, 20, 22, 29, 37, 57, 63, 79, 85, 89, 90, 93, 100, 111, 128, 141, 157, 170, 180, 190, 200].

Психическое здоровье у комбатантов, в совокупности с влияющими на него социально-служебными факторами: мотивационными, политическими, семейно-бытовыми, определяется как ментальная экология личности [168]. Это подразумевает не только отсутствие психического заболевания, но и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества [2, 14, 22, 23, 53, 80, 83, 104, 229, 233, 247, 255].

Психическое здоровье, согласно исследованиям L Cardozo, – это личное и социальное благополучие, которое включает упорядоченность внешнего поведения и душевное спокойствие [256]. A. F Jorm, J. J. Lopez- Ibor, Disasters характеризуют его как состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностями психологического, биологического и социального характера [289, 299]. Некоторые авторы отмечают неразрывную связь понятий психического и физического здоровья «единство тела и разума» [311, 313, 315, 343]. По мнению О.В. Лебедевой, здоровье обеспечивает согласованность всех психических функций личности, чувство психического комфорта, целенаправленно-осмысленную деятельность и поведение адекватное этнокультурным критериям [104]. Психическое здоровье важная составная часть здоровья человека, физическое и психическое здоровье связаны самым тесным образом, и это важнейший элемент общественного здоровья, во многом определяющий экономическое и социальное благополучие нации [108, 131, 162, 166, 251, 254, 262, 263, 287, 310].

По мнению Е.В. Литницкой, здоровье сложный системный феномен, включающий специфические проявления на физическом, психологическом и

социальном уровнях [108]. В клинической психиатрии психическое здоровье подразумевает отсутствие заболеваний [143, 155, 156, 165], в то время как социодинамический подход значительно расширяет рамки данного определения, на первый план выступают социальное благополучие в совокупности с внутренним состоянием и внешним поведением в рамках единой социальной группы [16, 40, 106, 257, 260, 266, 283, 285, 295, 309, 323, 33, 341].

Многие российские и зарубежные исследователи сходятся в едином мнении отсутствие у человека психических заболеваний в сочетании со сбалансированностью исходных генетически обусловленных характеристик и поведения в привычной микро и макросоциальной среде является психологической гармонией или психическим здоровьем [3, 17, 26, 64, 142, 158, 174, 191, 201, 209, 230, 250, 258, 268, 281, 284, 312].

Важность разработки методологии и прикладных медико-психологических проблем профессионализма деятельности и личности специалистов опасных профессий и лиц, работающих в особых и экстремальных условиях, подчеркивается многими современными исследователями [19, 31, 46, 91, 92, 103, 114, 139, 177, 208, 211, 217, 237, 245, 278]. В целом психическое здоровье, это динамическая совокупность психических свойств личности и стабильный баланс между различными составляющими, которые обеспечивают гармонию личности и ориентацию на выполнение повседневных обыденных задач [96, 104, 187, 234, 238, 240, 242, 253, 261, 277, 286, 292, 339, 344, 355].

По определению С.Б. Семичева, психическое здоровье человека определяется следующими параметрами нормы: идеальная (оптимальное функционирование, отсутствие предрасположенности к болезни); среднестатистическая, типологическая, с наличием акцентуаций характера, предпатологическая с повышенным риском формирования болезни; предболезнь с признаками нарушения процесса психической дезадаптации, но не достигающая болезненного уровня [166]. Указанная последовательность в целом отражает нарастающую вероятность возникновения заболевания, т. е. разные степени здоровья [4, 15, 25].

При рассмотрении психического здоровья комбатантов в контексте особенностей психосоциальной среды и трансформации личностных характеристик в процессе стрессовой службы многие авторы отмечают наличие ситуативно-динамических субклинических изменений, не приводящих к социальной дезинтеграции в привычной микросоциальной среде (круг сослуживцев) [35, 47, 57, 74, 143, 171, 179, 190, 205, 212, 246, 249, 269, 279, 305].

Изучая динамику внутренних факторов личностной изменчивости у комбатантов, Ю.Ю. Стрельникова выявила снижение уровня их психического здоровья: у 21,3% обследованных бойцов ОМОН выявлялась эмоционально-поведенческая стрессовая гиперактивность, склонность к агрессивным реакциям, признаки социальной дезадаптации; у 16,7% психастенические черты, интровертированность, эмоциональная холодность, что способствовало изменению социального функционирования и социальной дезинтеграции при отсутствии клинически выраженной психопатологии [181, 182].

По данным Г.В. Шутко, наиболее распространёнными у полицейских-комбатантов являются состояния функциональной дезадаптации, которые проявляются транзиторными изменениями в форме аффективных реакций на фоне выраженной акцентуации характера [221, 223].

Многие исследователи отмечают необходимость оценки динамики данных состояний, сопоставляя данные исходного и текущего обследования [8, 43, 54, 99, 118, 126, 140, 274, 302, 335, 349]. Это необходимо для определения уровня психического здоровья и профессионально-психологической пригодности, а также профилактики различных форм девиантного поведения [10, 27, 94, 129].

Необходимость проведения системного мониторинга среди сотрудников, участвовавших в служебно-боевых операциях, направленного на выявление психической патологии одна из основных задач ведомственной медицины [115, 123, 137, 167]. Для этого необходимо оценивать состояние психического здоровья комбатантов с анализом структуры доболезненных форм психической патологии [159, 185, 195, 202, 330, 342].

Таким образом, понятие психического здоровья участников боевых действий включает не только отсутствие психических заболеваний, но и динамические личностно-типологические характеристики, которые определяют качество социальной адаптации (служебной, семейной, бытовой) в мирной жизни.

1.2. Донозологические невротические и патохарактерологические реакции у комбатантов

Донозологическими являются состояния, при которых возникает напряжение регуляторных систем с мобилизацией функциональных ресурсов организма, возникающие вследствие воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.[16]. При этом сохраняется уровень адаптации организма в покое, а способность адаптироваться к психическим нагрузкам снижена [3, 15, 103, 154, 220, 248]. В валеологии донозологическим называется промежуточный статус между здоровьем и заболеванием, предшествующий преболезненному состоянию [16, 219]. По мнению многих авторов, к донозологии в психиатрии относят психические и поведенческие реакции, не отвечающие в полной мере диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств, согласно международной классификации болезней 10 пересмотра [107, 113, 129, 130, 133, 164, 172180, 190, 280, 297, 340].

Понятие «предболезнь», представляет собой дисфункциональное состояние, дезадаптацию расстройство, которое ещё не получило качественных характеристик болезни [14, 15, 22, 93, 116, 188, 293, 314]. Преболезненное состояние (преморбидное состояние, предболезнь) это функциональная дезадаптация, которая может трансформироваться в заболевание [14, 16, 112] или длительно протекать как стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания [183, 223, 338].

В.А. Гиляровский в 1943 г. отмечал, что у участников боевых действий, нужно рассматривать не только исходные черты личностной структуры, но и специфическую изменчивость после участия в боевых действиях [191].

J.C. Ballenger описывал появление у комбатантов регрессии в эмоциональной и поведенческой сферах с ощущением ненужности окружающим, высоким уровнем соматического напряжения, «эго тревоги» и «социальной паники» [236]. При этом клинически выраженных психических расстройств у многих из них не выявлялось, однако во многих работах отечественных и зарубежных ученых описаны признаки эмоциональной и социальной дефицитарности у комбатантов [13, 19, 43, 57, 61, 88, 90, 110, 113, 128, 129, 141, 172, 191, 212, 226, 318]. Показатели психической адаптации и функционирования организма в этом состоянии находятся на крайней границе нормы [14, 16, 348].

С позиций Ю.А. Александровского, переход от состояния здоровья к состоянию болезни происходит постепенно и является обратимым состоянием [8]. Одним из проявлений этой скрытой перестройки может быть возникновение нервно-психических расстройств, состояний выходящих за рамки нормы, но при которых невозможно диагностировать какое-либо из известных заболеваний ввиду отсутствия необходимых для этого всех клинических составляющих [1, 2, 8, 21, 37, 275, 307, 336].

При донозологических неврогенных реакциях психопатологический синдром не сформирован, в его структуре определяются выраженные психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств. По данным разных авторов, сюда относятся невротические и патохарактерологические реакции, аффективно-шоковые расстройства и аддиктивное поведение [33.38, 61, 67, 77, 82, 84, 100, 107, 110, 114, 128, 141, 227, 316].

Ю.Ю. Стрельникова определяла следующие типы адаптационных реакций у сотрудников ОМОН: конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные, пограничные (донозологические) [181].

К пограничным вариантам донозологических состояний относятся акцентуации характера К. Леонгард (1933) определял их как заостренные черты, которые проявляются при определенных обстоятельствах и являются крайней границей психической нормы [124]. Данные состояния имеют свою динамику развития в зависимости от внешнего воздействия и ресурсов личности [172, 182,

189]. А.Е. Личко описал преходящие, транзиторные изменения акцентуаций характера в форме острых аффективных реакций [109]: интрапунитивные, экстрапунитивные, иммунитивные, демонстративные реакции.

У комбатантов в условиях стресс-факторов экстремального характера происходит заострение имевшихся ранее особенностей характера с формированием акцентуаций, которые характеризуются полиморфностью, мозаичностью, нестойкостью и нечеткостью проявлений [18, 25, 29, 36, 41.48, 68, 106, 127, 132, 170, 213, 225, 244, 298, 333, 356, 358].

Акцентуации характера зачастую приводят к дисгармоничному существованию, нарушению норм культурной среды, антисоциальным поступкам [17, 41, 337]. У комбатантов часто формируются акцентуации характера эпилептоидного типа со специфичностью защитно-приспособительных реакций и стереотипными формами боевого реагирования в мирной жизни [100, 107, 179, 182, 352]. В работах D. Mossman (2005), показано, что динамика структуры личности комбатантов характеризуются формированием особой акцентуации характера, с выраженной неустойчивостью эмоционального фона и повышенной возбудимостью [307].

С этим согласны многие авторы, считающие, что для ветеранов характерен более узкий круг акцентуаций [5, 17, 38. 43, 209, 218, 322, 332, 346, 354].

В.В. Литвинцев ввел понятие «комбатантная акцентуация» и отнес к ней эксплозивно-эпилептоидные, тревожно-эксплозивные и тревожно-депрессивные личностные девиации [106, 107].

В исследованиях А. Г. Фастовцева [200, 201] отмечено, что сформированные комбатантные акцентуации характера ведут к стереотипному агрессивно-дисфорическому реагированию в конфликтных ситуациях и негативно влияют на социальную адаптацию и качество жизни участников боевых действий.

S.R. Axelrod, описывая психическое здоровье комбатантов, отмечал, наличие у них дисфункциональных состояний, характеризующихся невротическими и поведенческими синдромами, транзиторно-динамического характера [230]. Многие авторы описывают возникающие у комбатантов [2, 17,

43, 58, 82, 87, 129, 140, 142, 172, 188, 191, 194, 196, 212, 221, 329, 351]. кратковременные функциональные, несвойственные ранее психологические реакции в форме поведенческих, транзиторных аффективных проявлений.

В своих работах Г.А. Фастовцев отмечал, что для комбатантов характерны патохарактерологические реакции (ПХР), связанные с разрушающими, крайне импульсивными агрессивными действиями, враждебность, дисфория (гневливо-злостный фон настроения) и аффективная возбудимость [200, 202]. По данным В.Н. Краснова, в последнее десятилетие наблюдается неуклонный рост донозологических невротических проявлений у лиц опасных профессий [96], что требует дополнительного изучения последствий воздействия стрессовых факторов боевого характера на личность. Это требует разработки новых форм и методов работы по оказанию психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи, а также методик способствующих повышению психологической адаптации человека к воздействию стрессовых условий службы [98, 102, 103, 107, 112, 114.129, 142, 164, 191, 210, 353].

В.В. Ничипоренко, отмечал, что в условиях войны у комбатантов закрепляются защитно-приспособительные механизмы в форме личностной дисгармонии с выраженной тревожностью и импульсивностью [129, 130]. Е. В. Снедков систематизировал уровневую симптоматику стрессовых и постстрессовых состояний у участников боевых действий и выделил в преболезненном уровне адаптивный и дизадаптивный регистры, а болезненном донозологический и нозоспецифический [171, 172].

После возвращения из зон локальных вооруженных конфликтов у комбатантов имеет место склонность к формированию постстрессовых, социально-стрессовых, психосоматических расстройств и синдрома эмоционального выгорания [13, 19].

В изученной нами литературе немало публикаций по проблеме донозологических синдромально очерченных расстройств психической деятельности у комбатантов, но при этом имеются различия, как в клиническом понимании, так и в терминологии донозологических реакций и состояний,

которые авторы относят к аномальным реакциям, вариантам субклинического реагирования, преневротическим состояниям, и др. [15, 16, 25, 37, 45, 48, 57, 82, 132, 138, 186, 200, 347].

М.М. Решетников рассматривал данные состояния как пограничные психические расстройства [158, 159]. Ю. А. Александровский относил эту группу психических нарушений к донозологическим невротическим реакциям психогенной природы [7].

При донозологических невротических реакциях психопатологический синдром не сформирован, в его структуре определяются выраженные психовегетативные дисфункции, что указывает на неспецифичность этих расстройств. По данным разных авторов, сюда относят патохарактерологическую симптоматику, транзиторные невротические реакции и различные формы аддикций [1, 4, 18, 25, 45, 58, 103, 117, 133, 148, 160, 202, 216, 224, 241, 259, 343].

Е. В. Снедков, описывая реакции донозологического регистра, относит к ним колебания в эмоциональной сфере личности с выраженной аффективной неустойчивостью и тревогой; нарушения настроения с депрессией; снижение психического тонуса - астению [172]. По мнению Н.В. Тарабриной [190], данные состояния имеют более сложную структуру, которая включает стойкие аффективные нарушения и поведенческие девиации, в отличие от простых невротических реакций.

В целом многие авторы приходят к общему мнению, что патохарактерологические реакции это приобретенные психогенные динамические состояния, клинически проявляющиеся заострением патологических черт личности и нарушениями поведения [177, 182, 189, 191, 212, 326, 345]. Им свойственны: кратковременность, аффективная насыщенность. Согласно публикациям S. Wessely [357], у многих участников боевых действий психопатологические проявления не имеют стабильного характера течения они фрагментарны, мало систематизированы и имеют транзиторный характер. D.J. Stein [337] отмечал, что эпизодические дезадаптивные симптомы имеют четкую динамику и формируются при воздействии стрессовых событий в

совокупности с исходными особенностями человека. По мнению N Sofiadis, донозологические невротические реакции характеризуются сомато-вегетативной неустойчивостью, эмоциональными переживаниями и психосоматическими нарушениями [332]. При этом у комбатантов, сохраняется адекватное поведение, но в поступках отмечаются чрезмерно эмоциональные и двигательные реакции зачастую идущие вразрез с общей линией поведения [175, 188, 205]. По мнению ряда авторов, донозологические невротические реакции проявляются: тревожно-фобическими, дисфорическими, астено-депрессивными, ипохондрическими, невротическими, депрессивными симптомами [23, 24, 36, 43, 58, 82,357].

В работах А.А. Кузнецова невротические и патохарактерологические реакции у участников боевых действий, обозначены как парадоксальные, эмоционально контрастные включающие депрессивные проявления, агрессию и эмоциональную анестезию [102]. В работах М. McFall описано парадоксальное возникновение данных состояний при смене боевых условий существования на гражданскую обстановку с привычными мирными условиями жизни [312]. По мнению В.М. Лыткина, невротические реакции можно рассматривать как первый этап формирования невроза, за которым следует снижение собственно невротической симптоматики с заострением исходных личностных особенностей [110]. В работах Е.В. Снедкова четко описана уровневая симптоматика стрессовых и постстрессовых состояний с дифференциацией регистров от адаптивного до нозоспецифического [170].

По мнению С.Б. Семичова, несмотря на наличие отчетливого патологического радикала, донозология отличается от болезни недостатком нескольких компонентов для диагностики сформировавшегося психического расстройства [166]. Невротические и патохарактерологические реакции у комбатантов протекают в связи с вызвавшими их стрессовыми причинами, они имеют неопределенный прогноз как в отношении выздоровления, так и в формировании нозологии в связи с этим, их относят к донозологическому регистру [107, 129, 172, 191, 202, 213, 312].

В изученной нами литературе имеются различия как в клиническом понимании, так и в терминологии реакций и состояний, выявляемых донозологических невротических и патохарактерологических реакций.

Недостаточно разработан алгоритм и диагностические критерии, данных состояний, что требует их дальнейшего изучения в рамках клинического и социодинамического подхода. Необходимо дальнейшее изучение психологических закономерностей развития и формирования личности в профессиях особого риска с разработкой основ взаимодействия психологов и специалистов профессий особого риска.

1.3. Аддиктивное поведение у комбатантов

Наряду с невротическими и патохарактерологическими реакциями, существенное место в донозологическом регистре занимает аддиктивное поведение. Многочисленные исследования показывают, что у лиц опасных профессий, на фоне массивных стрессогенных ситуаций агрессивностью, депрессиями, дисфориями учащается алкоголизация, появляется наркотизация и иные формы деструктивного поведения [21, 24, 29, 38, 57]. С.В. Литвинцев определял его как один из видов аддикции с уходом от реальности для облегчения своего психического состояния с помощью употребления НС, ПАВ или стремлением к риску, деятельности связанной с повышенной опасностью, для получения сильных эмоций [106].

С учетом резкого ухудшения наркологической ситуации в стране [9, 32, 30] аддиктивное поведение является крайне актуальной проблемой локальных войн и вооруженных конфликтов и определяется как ситуативное употребление алкоголя и наркотиков без признаков зависимости [156]. Так в период первой чеченской компании каждый третий солдат имел опыт употребления наркотических средств [161], в период войны в Афганистане четвертая часть военнослужащих периодически употребляла алкоголь и наркотики [160]. По мнению S.R. Axelrod, такая потребность возникает у комбатантов с дисгармонией характера, склонных

к нарушению норм социального поведения и низкими морально-волевыми качествами [230]. С помощью токсического воздействия комбатанты пытаются сохранить ранее присущее им эмоциональное состояние, которое было им свойственно до воздействия стресс-факторов боевого характера [324].

По мнению И.О. Котенева, аддиктивное поведение у комбатантов это своеобразный уход от реальности, который часто реализуется в виде «бегства» от действительности в дисгармоничном разрушающем личностное направление [90]. У комбатантов, по мнению R. Yehuda, происходит своеобразное бегство в работу с фиксацией на боевой деятельности и формированием ограниченности межличностных контактов (преимущественно боевыми товарищами) [349].

Во время гражданской войны на Украине в 2014 г. подтверждена широкая распространенность у комбатантов девиантного поведения со злоупотреблением алкоголем и ПАВ. По данным Управления по работе с личным составом Вооруженных сил Украины, каждая шестая смерть в украинской армии от чрезмерного употребления алкоголя, описаны случаи психозов с бессвязной речью и агрессивностью с последующей амнезией у бойцов «правого сектора» на фоне состояния необычного опьянения [24].

В работах А. В. Метелева отмечено, что в период возвращения в места постоянной дислокации, после участия в боевых операциях, у сотрудников ОВД часто встречаются психические состояния, которые характеризуются повышенной агрессивностью, конфликтностью, с применением оружия и физической силы против граждан, злоупотреблением алкоголем, нарушениями дисциплины, хулиганскими поступками и другими противоправными действиями [118].

В публикациях некоторых авторов наличие у комбатантов девиантного поведения с употреблением наркотиков обозначается как социальный феномен, связанный с умышленным потреблением НС [31, 89, 153, 303, 306, 201]. Данное понятие включает совокупность опасных для общества противоправных действий, выражающихся в незаконном обороте НС и ПАВ [319, 327]. Наркотизм приводит к негативным медицинским, социальным и правовым последствиям [153]. По данным социологических исследований, проведенных в Российской

Армии, основными причинами потребления наркотиков комбатантами послужили: любопытство – более 50%, подражание – 30%, стрессовые ситуации вследствие участия в боевых действиях – 15%. Наркотизм как социальное явление представляет угрозу для вооруженных сил РФ [153].

А.Г. Караяни предложил общую классификацию девиаций военного времени, которая включает три группы девиантных поступков: первая ориентирована на получение комбатантами личной выгоды (предательство, добровольная сдача в плен, мародерство); вторая группа – это поступки, направленные на уклонение от участия в боевых действиях в целях сохранения жизни, здоровья (дезертирство, симуляция неспособности участия в бою, членовредительство, пьянство, наркотизм и самоубийство); третья – агрессивное поведение, жестокость по отношению к мирному населению [79].

У комбатантов в рамках аддикции обнаруживаются резкие колебания настроения, поведенческие реакции (суицидальные попытки, злоупотребление ПАВ). По данным многих исследователей [1, 27, 31, 41, 45, 62, 133], к наиболее опасным девиациям поведения относятся суицидальные попытки [75]. К сожалению, в доступных источниках, найти свежих статистических данных о суицидах у полицейских нам не удалось. По данным К. М. Рыбникова [161], 24% милиционеров, совершивших суицид, были участниками боевых действий в Чечне, а один из пяти комбатантов применил для самоубийства табельное оружие. Уровень самоубийств среди сотрудников МВД России в 2008 году составил 21,3 на 100 тыс. [118]. Больше всего законченных суицидов среди сотрудников батальонов ППС, участковых уполномоченных полиции. Самоубийства совершают сотрудники младшего офицерского и рядового состава в возрасте 31–40 лет [118].

Таким образом, аддиктивное поведение у комбатантов включает деструктивные формы поведения со злоупотреблением алкоголем и ПАВ. Систематизация данных проявлений недостаточна, а так же отсутствует описание последовательных психодинамических стадий формирования аддикций в зависимости от исходных особенностей личности и психосоциальных факторов анамнеза.

1.4. Клинические особенности пограничных психических расстройств у комбатантов

Структура нарушений у комбатантов в последние десятилетия, характеризуется преобладанием острых психогенных патологических нарушений при существенном снижении количества реактивных психозов [129].

С течением времени в структуре социально-медицинских последствий войн у лиц, вовлеченных в боевые ЧС, начинают преобладать ППР, которые ведут не только к снижению качества жизни, но и преждевременной инвалидизации [5, 13, 41, 58, 884].

ППР у комбатантов характеризуются широким диапазоном психических заболеваний от легких аффективных нарушений и ПТСР до выраженной психопатизации личности [191].

Среди клинических форм ППР, выявляемых у комбатантов, самыми распространенными являются: органические расстройства с психопатизацией личности, аффективными расстройствами и психоорганическим синдромом (F06, F07); соматоформные расстройства (F45); посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1); нарушения адаптации (F43.2); хронические изменения личности после переживания катастрофы (F62.0) [135].

В своих исследованиях С Margalit отмечал, что ППР у комбатантов значительно отличаются от неврозов гражданских лиц по особенностям формирования клинической симптоматики и клиническим проявлениям. Он описал последовательное формирование невроза на фоне приобретенной и со временем нарастающей «комбатантной акцентуацией» [305]. В большом количестве публикаций, отмечен внезапный дебют симптоматики на фоне внешнего благополучия, в острых конфликтных ситуациях, часто отражающих внутренние переживания комбатанта [28, 61, 98].

По результатам многочисленных исследований военнослужащих с психосоматическими заболеваниями, переживших боевой стресс, выявлено, что

тревога является базовым симптомом, на основе которого формируются психосоматические расстройства, в их структуре к выявлены признаки сексуальных дисфункций [230, 252, 279].

С точки зрения С. Г. Сукияна, ППР, формирующиеся при воздействии боевой психической травматизации имеют сходства с неврозами у гражданских лиц. Он выделяет следующие различия, обусловленные этиопатогенезом заболевания и его динамикой: а) причина заболевания характеризуется экстремальностью возникновения; б) расстройство возникает одновременно у большого числа людей; в) пережитый стресс человек считает бессмысленным, это приводит к появлению чувства вины за то, что произошло с другим человеком (смерть, травма и др.) [189].

Согласно мнению М.М. Аксенова и соавт., психогенные невротические состояния у лиц опасных профессий, представлены структурированными и относительно стабильными пограничными расстройствами в их «классических» формах проявления (истерические, диссоциативные, депрессивные, навязчивые, тревожно-фобические, астенические картины, «невроз истощения») [5].

Психопатические симптомы у участников боевых действий, в рамках разных нозологических форм характеризуются выраженными нарушениями социальной адаптации [356]. Они развиваются по эксплозивному, истерическому и мозаичному типам. Несмотря на то, что с течением времени, отмечается дезактуализация переживаний связанных с боевыми действиями, нарастает дисгармония личности с дезадаптивными стереотипами боевого реагирования в мирной жизни [351].

Отличительной особенностью ППР у комбатантов, является наличие алкогольного компонента, который входит составной частью в структуру психических нарушений и до формирования симптомов зависимости [347]. У коморбидных алкогольных и наркотических нарушений отсутствует этапность формирования зависимостей, в структуре нарушений превалирует преимущественно психопатический компонент [331]. Наркотическая зависимость чаще формируется у комбатантов, имевших эпизодическое употребление

наркотиков в период боевых действий, у которых отсутствовала достаточная социализация в мирной жизни и имелись клинические признаки ПТСР с отсутствием своевременного лечения [325].

В.М. Волошин отмечает [41] полиморфность психопатологической симптоматики у комбатантов с выраженными невротоподобными нарушениями, соматовегетативными расстройствами, эмоционально-волевым снижением. В структуре клинических проявлений ППР у участников ЧС отмечаются истеро-конверсионные дисфункции с приступами паники и фобий [38]. Психопатологические нарушения сопровождаются избегающим или антисоциальным агрессивным поведением [91].

Особая роль среди всех ППР у комбатантов, отводится ПТСР. ПТСР, как самостоятельная нозологическая форма ППР была включена в DSMIII. В 1994 г. в США введена следующая редакция классификационного стандарта болезней DSM-IV. В 1995 г. ПТСР с диагностическими критериями были введены в десятую Международную классификацию болезней (МКБ-10) [121].

Базовые исследования клинических проявлений ПТСР и их динамики в России были проведены Н.В. Тарабриной [191]. Несмотря на то, что в нашей стране боевые действия, а так же техногенные и природные ЧС привели к большому распространению ПТСР, прицельных фундаментальных исследований клинических проявлений и особенностей формирования ПТСР не проводилось [209].

По данным Л.В. Грачевой, психотравмирующие события боевого характера могут привести к формированию хронических форм ПТСР, возникающих часто исключительно на субклиническом уровне, при этом нарушают социальное функционирование и качество жизни у участников боевых действий. Описаны следующие клинические варианты тревожный, эксплозивный, дисфорический, депрессивный, соматоформный и конверсионный [51].

А.Л. Пушкарев [156] описывает три типа течения ПТСР: острое, хроническое, отсроченное. В.М. Волошин [41] подразделяет ПТСР по характеру течения на регрессионный, прогрессионный, стационарный, смешанный, с

клиническими формами: тревожной, дисфорической, апатической и соматоформной.

Н.В. Андреев дифференцирует в клиническом течении ПТСР этапы: доклинический, обсессивных реперезиваний, личностных изменений [13]. Это мнение согласуется с данными Е.А. Косенко и С.П. Генайло (2012) [89], которые считают, что для ПТСР характерна последовательность развития, от невротических проявлений к хронифицированному болезненному состоянию с личностными декомпенсациями.

Н.Н. Спадерова (2015), описывая особенности ПТСР, пришла к выводу, что в его рамках наиболее часто выявляются различные виды аутоагрессивного, в том числе и суицидального поведения, и что отдельные элементы аутоагрессии можно проследить практически у каждого больного в разные периоды течения заболевания [177]. Установлено, что каждый третий из обследованных пациентов с боевым ПТСР в период возвращения к мирной жизни, переживал травмирующие события повторно и они актуализировались в период болезни, конфликтов, проблем на службе [48, 73, 102].

Многие авторы описывают специфические для ПТСР симптомы: «избегания»; «вторжения травмы» (непроизвольные, навязчивые воспоминания о событиях, возникающие при воздействии внешних стимулов) [73, 82, 90, 107, 110, 126]; «психической анестезии» с эмоциональной обедненностью, сложностью в выражении чувств [35, 38, 43, 68, 100, 115, 129, 143, 170, 191, 213, 246, 287, 343].

Описания клинической картины ПТСР включают в себя: полиморфную астеническую, обсессивно-фобическую, тревожно-депрессивную симптоматику [164]. Кроме того, описан психологический феномен готовности к повторному участию в боевых действиях или «аресомании» [196]. В публикациях многих авторов отмечено, что ПТСР чаще развивается не в условиях реальной витальной угрозы, а уже после возвращения переживших её в обычную среду [161, 172, 191, 358].

По мнению Ю. А. Александровского [8], редко встречаются полностью феноменологически очерченные клинические варианты ПТСР, имеется тенденция к сочетанию с социально-стрессовыми расстройствами.

К специфическим особенностям «военных ППР» Ю. В. Попов [141] относит: наличие «дисфункциональной вины», стойкие диссоциативные нарушения.

Согласно исследованиям А. Н. Краснянского [98], проявления постстрессового расстройства носят затяжной характер, формируясь в среднем 2–6 месяцев после воздействия психотравмирующей ситуации. РЛ, возникшие вследствие боевой психической травматизации продолжают оставаться одним из наиболее сложных разделов военной психиатрии, как в клинко-диагностическом, так и во врачебно-экспертном аспектах, что отмечается как в зарубежных источниках [343, 345, 349, 356, 358], так и в отечественной научной литературе [37, 38, 43, 58, 62, 82, 96, 106, 107, 129, 145, 159, 164, 166, 170].

Недостатки в диагностических подходах на ранних этапах приводят к выявлению заболеваний на этапе хронизации и «глубокой имплантации» психопатологической симптоматики в личность [171], что в дальнейшем становится причиной формирования выраженных РЛ с последующей инвалидизации комбатантов. Игнорирование симптомов пограничных психических расстройств или их запоздалое обнаружение, формальный подход со стороны специалистов при их диагностике, приводит к формированию хронических невротических нарушений, что существенно снижает качество жизни сотрудников, увеличивает риск проявлений у них различных форм девиантного поведения (антисоциальных, суицидальных, аддиктивных) [172].

Недостаточно исследований, направленных на изучение новых моделей поведения, которые сформировались у комбатантов в боевых условиях. Отмечается, что данные стереотипы поведения пригодны только для боевой обстановки, они являются фактором дезадаптации в мирной жизни и приводят к формированию клинически выраженных психических расстройств у участников боевых действий даже много лет спустя после прохождения службы в «горячих точках» [74, 78].

В изученной нами литературе недостаточно работ изучающих социально-психологический катамнез комбатантов, после перенесенных ППР боевого

характера, а так же тех участников боевых действий, у которых в период службы не были диагностированы ППР.

Таким образом, необходимо проведение исследований направленных на системную динамическую оценку состояния комбатантов перенесших боевые ППР, включая профотбор, медико-психологическое сопровождение, терапию и реабилитацию, социально-психологическую оценку качества адаптации пенсионеров – участников боевых действий.

1.5. Особенности организации и проведения терапии и реабилитации комбатантам с пограничными психическими расстройствами

В условиях нестабильности политической обстановки в мире, роста количества локальных вооруженных конфликтов не только на ближнем востоке, но и в центральной Европе, остро встает задача совершенствования подходов к оказанию лечебно-реабилитационной помощи участникам боевых действий, в том числе и с ППР [24].

Актуальность своевременной диагностики и терапии ППР у полицейских-комбатантов обусловлена тем, что они являются 3-й по частоте причиной инвалидности у пенсионеров МВД России – ветеранов боевых действий [43]. Активная и своевременная диагностика неблагоприятных состояний психического здоровья у комбатантов, проведение реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий, является актуальной задачей ведомственного здравоохранения [167]. Качественное решение указанной задачи не только сохраняет функциональную надежность сотрудников МВД России, но и предотвращает неблагоприятные изменения в личностной надежности [221].

Многие исследователи отмечали важность разработки новых подходов к терапии и реабилитации комбатантов с ППР, возникающих вследствие боевого стресса у кадровых военных, полицейских, и сотрудников других силовых структур [21, 30, 31, 39, 40, 52, 64, 87, 97, 158, 160, 176, 209, 285, 300]. Но несогласованность в психодиагностических подходах и терминологии, часто

приводит к разногласиям специалистов и является препятствием для современного оказания необходимой комплексной медико-психологической помощи [157]. В работах многих авторов [30, 31, 159, 160, 166, 168, 169, 171, 174, 194] подчёркивается важность для благоприятного прогноза своевременного проведения терапии и реабилитации комбатантов.

Реабилитация – комплекс последовательно проводимых мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического характера, направленный на восстановление личности до уровня ее социальной активности [12,26]. Согласно публикациям Е. В. Снедкова [172], одним из принципов реабилитации комбатантов с психическими расстройствами является: консолидация сил и средств медико-психологической и психиатрической помощи, включающая реальный объем необходимых психопрофилактических, лечебно-реабилитационных мероприятий, и своевременное выявление латентных и начальных (предпатологических) проявлений ППР.

В зарубежной литературе по вопросам реабилитационного лечения комбатантов одной из общих установок, на основе которой строится реабилитационная система, является начало проведения мероприятий в зоне боевых действий, а затем и при выводе войск из мест вооруженного конфликта к местам постоянной дислокации [358]. Реабилитационно-лечебные мероприятия лицам с ППР необходимо проводить задолго до развития четких, оформленных клинических проявлений [280]. Лечение должно быть направлено на коррекцию начальных проявлений ППР и редукцию патогенетических механизмов, обуславливающих развитие более глубоких нарушений [287]. D.K. Adams [229] последовательно излагал основные принципы реабилитации: единство психофармакологических и психосоциальных мер воздействия; разносторонность усилий и воздействий в реабилитационной программе; доверительные отношения между пациентом, психиатром и психологом; последовательность воздействий и мероприятий при переходе от одного вида лечебно-восстановительного режима к другому.

Важным аспектом успешности терапии ППР, по мнению многих авторов, являются личностно-ориентированный подход, учитывающий преморбидные особенности личности [58, 65, 77, 102, 107, 110, 122]. Выявлено, что у комбатантов с гармоничными чертами характера, терапия ППР и социальная реадaptация, являются более успешными, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде после участия в войне [156].

Комбатанты с преморбидными epileптоидными чертами наиболее склонны к затяжному течению ППР с дальнейшим формированием РЛ в отдаленном периоде [86]. Наиболее благоприятный исход ППР в короткие сроки отмечается у комбатантов с гипертимными особенностями [103], при этом у них чаще наблюдаются личностные девиации в отдаленном периоде [215]. Шизоидные и астеноневротические акцентуации, описаны как фактор риска затяжного течения ППР [126, 287].

Очень многие психотерапевты выделяют основными направлениями психотерапии комбатантов с боевой психической травмой: восстановление чувства ценности жизни, контроль над своими эмоциями, восстановление разрушенных социально-позитивных установок [41, 47, 48, 106]. При этом, предлагаемые техники работы, достаточно долгосрочные, что в реальных условиях службы с действующими сотрудниками осуществить практически невозможно [156].

N. Kitayama и соавторы предлагают использовать трёх фазную модель терапии: в первой фазе обеспечивается терапевтический альянс, стабилизируются эмоциональные реакции и формируется частичная редукция симптоматики; во второй фазе осуществляется взаимодействие с травматическим агентом; в третьей – происходит перестройка системы личности, дезактуализация травмы и ее интеграция в список значимых жизненных событий [297].

В программе поддержки полиции Лондона, разработанной Директоратом профессионального здоровья по заказу министерства обороны Великобритании, особая роль отводится психокоррекционной работе с полицейскими, после воздействия стрессоров службы [312].

В работах Е. Jones выделено три базовых компонента программ посттравматической реабилитации комбатантов: профотбор кандидатов на должности связанные с участием в ЧС, проведение санитарно-просветительной работы, формирование навыков стрессовой готовности и профессиональной подготовки; психологическое обеспечение деятельности подразделений в ЧС; психокоррекция последствий психической травматизации. Последний компонент включает широкий комплекс лечебных программ, направленных на купирование клинической симптоматики, восстановление нарушений в социальной адаптации, минимизация негативных личностных изменений [286].

В отличие от существующей за рубежом комплексной системы реабилитации комбатантов, которая осуществляется на основе научно-обоснованной концепции медицинского, психологического сопровождения участников боевых действий [280], организация реабилитационного процесса в контексте психолого-психиатрической помощи в России находится на стадии становления, в связи со стигматизированным отношением к психиатрам в целом, а так же к ППР, которые часто не диагностируются, а пациенты длительное время проходят терапию у врачей общего профиля, что приводит к хронизации нарушений [227].

В настоящее время терапия и реабилитация комбатантов с ППР в МВД осуществляется в соответствии с Приказом МВД России от 12.01.12 № 5 «О медико-психологической реабилитации» [150]. Согласно данному приказу, комбатантам, имеющим донозологический регистр дезадаптивных реакций, психокоррекционные мероприятия проводятся психологами по месту прохождения службы [221]. Однако часто в подразделениях МВД России по регионам Российской Федерации штатные психологи или отсутствуют, или не имеют возможности проведения психопрофилактической работы (отсутствие кабинетов психологической регуляции, невозможность проведения групповой психотерапии, отсутствие медицинского образования, навыков и знаний по проведению психокоррекции, загруженность кадровой работой), поэтому реабилитационные мероприятия либо не проводятся, либо проводятся формально.

Несмотря на действующие нормативно-правовые акты, система организации лечебно-реабилитационной помощи комбатантам с ППР в силовых структурах часто не систематизирована, государственные службы предпринимают эпизодические меры, которые часто носят формальный характер [118]. Создается иллюзия решения проблемы, вследствие чего формируются более глубокие нарушения, приводящие к выраженным социальным проблемам, в том числе формированию алкогольных и наркотических зависимостей, человеческим и нравственным потерям, к социальному напряжению [161].

Организация реабилитации кадровым сотрудникам силовых структур, требует не только детальной проработки и поддержки государства, но и четкой последовательности и профессионализма исполнителей – врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов соответствующих структур [221]. Часто вопросы диагностики и терапии пограничных нарушений вменяются служебными обязанностями лицам не только без опыта проведения данной работы, но и при отсутствии профильного образования. Таким образом, выполнение положений приказов соответствующих ведомств, не только не приносит ожидаемого результата, но и приводит к усугублению ситуации. В работах некоторых специалистов, подчеркивается [115, 118] подчеркивается, что сотрудники силовых структур, часто не доверяют кадровым психологам, это связано не только с тем, что их воспринимают как инспекторов, которые предоставляют личную информацию руководству, но и с низкой квалификацией специалистов.

Кадровая психологическая служба в МВД России не всегда отвечает реальным потребностям, психологи в большинстве занимаются только экспериментально-психологическим обследованием с целью психодиагностики состояний психологической дезадаптации, но не проведением психокоррекционных мероприятий, поэтому, проводимые восстановительные мероприятия в подразделениях часто не востребованы, неэффективны и их значение часто имеет формальный характер [120].

Согласно публикациям F. Furedi [266], на раннем этапе, как показывает практика военных конфликтов в Афганистане, Персидском заливе, Вьетнаме, целесообразно тщательно выявлять комбатантов, получивших боевые психические травмы и соблюдать конфиденциальность, так как включается механизм «психиатрической стигматизации». «Усталость после боя» в большинстве случаев трансформируется в ПТСР, что является естественной реакцией человека, оказавшегося на войне [84].

О.И. Юрковский полно описал этапы и виды реабилитационного лечения комбатантов с ППР, которые включают совокупность медицинских, психологических и социальных мер в стационарных и амбулаторных условиях [226]. Предложена реабилитация пациентов с ПТСР в форме организации школы, основными принципами которой являются: сбалансированность, адаптивность, превентивность; поэтапности, преемственность; комплексность [207, 227]. П.И. Сидоровым описана концепция психосоциальной реабилитации ветеранов войны в Афганистане, включающая три этапа: выделение основных потоков комбатантов; проведение основного восстановительно-реабилитационного курса (с использованием специальных центров помощи); поддерживающие медико-психологические и социальные методы [168].

Разработка вопросов организации необходимой помощи комбатантам, должна быть основана на полипрофессиональном, комплексном подходе с бригадными методами работы и привлечением психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и наркологов (в связи с эпидемией наркопотребления в мире и в России в частности) [208]. Наиболее существенным стратегическим просчетом создания службы реабилитации является то, что не определен фундамент, на котором выстраивается служба [217].

Многими специалистами в области психического здоровья отмечается, что реабилитация и терапия ветеранов боевых действий в МВД России не достаточна, в связи с этим, у них наиболее выражен риск возникновения ППР и девиантного поведения, что приводит к снижению профессиональной надежности и социального функционирования в целом [137, 156, 206].

В рекомендациях С.В. Литвинцева [107] отмечается, что лечение лиц с ПТСР целесообразно производить в специализированных отделениях и центрах, система которых в нашей стране пока не налажена.

В зарубежных ведомственных системах принято адекватно относиться к послебоевым проблемам с психическим здоровьем у комбатантов, воспринимать лечение ПТСР как одного из самых распространенных последствий участия в боевых действиях [230]. По данным С.Р. Brewin, реабилитация в США, основана не только на терапии и ресоциализации комбатанта, но и психопрофилактической работе с его близким социальным окружением [242]. В США реабилитация комбатантов-полицейских с ППР и более глубокими расстройствами регламентирована документами, определяющими последовательность, характер, длительность и места проведения вышеперечисленных мероприятий. В вооруженных силах США имеется специальный полевой устав FM26-2 «Меры по предупреждению боевой психической травмы при боевых действиях» [234]. Лечебные и реабилитационные мероприятия, которые проводятся после возвращения из зон боевых действий в профильных государственных центрах реабилитации США, включают медикаментозную терапию, меры социальной поддержки и медико-психолого-социальное сопровождение до нескольких лет. Психолого-психиатрическое консультирование, в рамках реабилитационной программы проводится до полной редукции психического расстройства и восстановления целостности личности участников боевых действий [354].

Нормативно-правовые регламенты о проведении терапии, реабилитации и ресоциализации комбатантов после передислокации в места постоянной службы разработаны во многих странах объединенной Европы, Австралии, США.

Последовательность и комплексность реабилитационного лечения продиктована необходимостью ресоциализации комбатантов для снижения негативных психосоциальных последствий в современном обществе [68, 227].

Е. Jones [285] отмечал, что при проведении терапии и реабилитации комбатантов с ПТСР важно соблюдать равновесие между клиническим и

социальными подходами, необходимо мотивировать пациентов на быстрое восстановление.

В исследованной литературе встречаются противоречивые данные по оценке эффективности терапии и реабилитации участников боевых действий. О. Анализ отдаленных результатов реабилитационных мероприятий, проведенный И. Юрковским [226] показал, что 88,5% пациентов были успешно адаптированы и эффективность лечения сохранялась в течение года.

По данным П.И. Сидорова [168], после проведения лечения 30% комбатантов выздоравливают, у 40% остаются незначительные нарушения, у 20% – умеренные, а в 10% случаев состояние не меняется или ухудшается. По его мнению, важным является оптимизация социальной составляющей и увеличение ресурсных свойств личности, с мероприятиями по повышению правовой защищенности, повышению качества медицинской помощи и оптимизация психопрофилактической помощи сотрудникам. Эффективность терапии и реабилитации зависит от своевременности оказания лечебной помощи, благоприятного преморбида, социальной поддержки и отсутствия сопутствующих соматических заболеваний [144, 145, 182, 183, 199, 206].

Проведение реабилитационных мероприятий лицам с боевыми ПТСР является сложной проблемой, требующей совершенствования организационных подходов и разработки программ с участием различных специалистов, занимающихся охраной психического здоровья.

1.6. Профессиональный отбор на службу как психопрофилактика негативных последствий чрезвычайного характера

Профессиональный отбор – определение пригодности человека к выполнению соответствующих профессиональных обязанностей [39, 220].

В современных условиях, как в России, так и за рубежом возрос исследовательский интерес, посвященный проблемам методологии, методики и технических средств профессионального психологического отбора (ППО) [101].

ППО в системе внутренних дел в СССР, начал формирование в тридцатые годы прошлого столетия. Приказ НКВД СССР в 1938 г. ввел в действие «Инструкцию об основных критериях при профотборе кадров для прохождения службы в органах НКВД СССР» [39], которая включала в себя следующие разделы:

1. негативные факторы с оценкой семейного положения и условий проживания;
2. внешние признаки дегенерации с анатомическими дефектами;
3. физиологическая дегенерация с признаками вырождения;
4. психическая деградация, вырождение и дегенерация.

Критерии оценки профессиональной психологической пригодности включали алгоритм с всесторонним изучением личности с анализом внешних и внутренних факторов дегенерации (наследственность, атавизмы) которые выявлялись при профотборе кадров для системы НКВД.

Становление современной системы профессионального психологического отбора (ППО) в ОВД, началось с 1971 г., при окружной ВВК ГУВД г. Москвы была создана первая психофизиологическая лаборатория. Начало становления системы профотбора - организация Центральной психонаркологической лаборатории МВД СССР (ЦПНЛ) в 1973 г.. В ее составе находилось психофизиологическое отделение возглавлявшее работу по организации всего ППО ОВД [39, 124, 214].

При профотборе сотрудников МВД, для организации мероприятий по предотвращению противоправных действий, беспорядков, террористических актов во время проведения «Олимпиады-80» и «Фестиваля-85» в г. Москве, была доказана эффективность данного направления деятельности.

В феврале 1992 г. психофизиологические лаборатории по всем субъектам СССР были выведены из состава ВВК [59, 173], а на базе Республиканской лаборатории психофизиологической диагностики при МВД РСФСР была организована Центральная лаборатория профессиональной пригодности МВД РСФСР.

Далее психофизиологические лаборатории были реорганизованы в Центры психофизиологической диагностики, что соответствовало номенклатуре учреждений здравоохранения Минздравсоцразвития России.

Организация профессионального отбора в силовые структуры США, строится на системе введенной Г. Мюнстербергом, которая включает следующие аспекты: экспериментально-психологическое изучение психических функций (внимания, памяти и мышления); исследование нервно-психического напряжения в процессе деятельности; создание моделей служебной деятельности и экспериментальное обследование кандидатов [60, 254].

Выделяется семь групп по состоянию психического здоровья, I и II группы – лица, рекомендованные к службе в первую очередь, подлежащие назначению на офицерские должности или направлению в военные учебные заведения. III IV V группы, лица рядового состава, а VI, VII, VIII группы означают неблагоприятный прогноз службы «непригодные» [59].

В России степень психологической пригодности к службе до 2015 г. определялась четырьмя категориями: «рекомендован в первую очередь», «рекомендован», «рекомендован условно», «не рекомендован» [107]. Критерии оценки устанавливались методическими рекомендациями департамента тыла и кадрового обеспечения МВД России от 2004 г., где были систематизированы психосоциальные и психофизиологические факторы риска, которые использовались в работе ЦПД по субъектам РФ, как при профессионально-психологическом отборе, так и при медико-психологическом сопровождении личного состава МВД России [222].

В настоящее время, как в Европе, США, так и в России, набор экспериментально-психологически методик для определения профессионально-психологической пригодности к службе унифицирован и включает следующие психологические опросники: ММРІ, 16-PF, опросники Айзенка, Тейлор, Спилбергера, тест наклонностей Кудера, тест интересов Стронга, МЛЮ «Адаптивность», с помощью них в совокупности с методами наблюдения и беседы, устанавливается принадлежности кандидата к определенному

психологическому типу личности [26, 50, 70, 153]. Большое значение в исследованиях американских и европейских специалистов, по профессиональному отбору уделяется оценке мотивации и эмоциональной устойчивости кандидатов которые при оценке уровня профессиональной пригодности к службе оцениваются почти вдвое выше, чем умственные или физические качества [241, 243].

В России в последний год, система профессионального отбора на службу в МВД России, находится на этапе глубокого реформирования, в процессе которого обозначился ряд проблем включающих не только систему организации данного процесса, но и отсутствие четких критериев оценки применимых к отдельным профессиям и профессиональным группам в МВД России [214].

В условиях продолжающегося реформирования полиции уделяется пристальное внимание обновлению кадрового состава МВД России [95]. Министр внутренних дел Российской Федерации генерал-полковник полиции В.А. Колокольников в своем выступлении от 22 апреля 2015 г. перед депутатами Государственной думы, отметил, что основное внимание кадровой реформы, должно быть сосредоточено на отборе кандидатов на службу [95]. На расширенной Коллегии МВД России по вопросам кадрового отбора, – советник министра внутренних дел России Владимир Овчинский отметил, что наиболее важной целью реформирования – является повышение эффективности системы профотбора, а также внедрения современных технологий, способных поставить надежный заслон проникновению в органы внутренних дел профессионально непригодных кандидатов на службу, нечистоплотных лиц и ставленников криминальных структур.

В.А. Шаповал в мае 2015 г. обосновал необходимость разработки специальных, новых методов профотбора, с разработкой интегральных критериев и их оценки, включающей гендерные, возрастные, региональные, этнокультурные особенности кандидатов и вид их профессиональной деятельности в зависимости от характера службы [214].

Е.С. Душкин отмечает, что на всех исторических этапах развития МВД России была и остается довольно актуальной сама задача, которая заключается в формировании профессионального, компетентного, высококультурного, нравственного, морально и психологически устойчивого сотрудника органов внутренних дел, отвечающего всем основным требованиям, предъявляемым к нему обществом и государством [59].

При приеме на службу в органы внутренних дел МВД России, с 2015 года действует алгоритм ППО [11], включающий в себя социально-правовое изучение (кадровые подразделения), военно-врачебную экспертизу (оценку физического и психического здоровья военно-врачебными комиссиями) и экспертизу профессиональной психологической пригодности (центры психофизиологической диагностики) [32]. Несмотря на комплекс этих методов, проблема повышения эффективности профессионального отбора стоит так же остро, как и в других развитых странах [39, 60, 220, 215]. ППО на службу в полицию является одним из основных направлений кадровой политики МВД России [60, 55]. Специфика службы в МВД России определяет приоритет отбора для граждан с позитивной мотивацией, хорошим правосознанием, социально-психологической устойчивостью, высокой работоспособностью, и профессионально-значимыми качествами личности [54]. Наряду с нормативными документами, оперативно-служебными требованиями по подготовке и реализации планов действий, организации и функционирования МВД России важным является психологический прогноз успешности действий сотрудников полиции [54, 55, 59, 118]. Для успешного продвижения реформ в системе МВД России необходимо формирование кадрового состава полиции с привлечением на службу наиболее ответственных, морально-психологически устойчивых лиц, замотивированных на честную службу гражданам России [198, 214, 220].

В соответствии с директивой Министра МВД России «О приоритетных направлениях деятельности органов внутренних дел Российской Федерации и внутренних войск МВД России в 2014 году» [95], в качестве приоритетных направлений по линии внедрения современных форм и методов работы с кадрами,

предусмотрено: обеспечить реализацию мер по приведению системы ППО в соответствие с законодательством о службе в ОВД РФ; нацелить усилия на внедрение в деятельность медико-санитарных частей психофизиологических исследований с применением передовых технологий [192].

Нормативно-правовой базой, регламентирующей проведение профессионального психофизиологического отбора на службу является: Постановление Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации» [146]; Федеральный закон Российской Федерации от 30 ноября 2011 г. № 342, часть 6 статьи 17 «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [203]. Указанные нормативно-правовые акты предусматривают выявление таких факторов риска как: злоупотребление алкоголем, употребление наркотических, токсических и психотропных средств (без назначения врача), суицидальный риск, в том числе и с помощью инструментальных методов [146, 204]. А также новые регламентирующие ППО документы: Приказ МВД России от 23.10.2014 № 840 ««О мерах по реализации в органах внутренних дел Российской Федерации постановления Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 № 1259» [152]и Приказ МВД России от 25.02.2015 № 1130 «Об утверждении методик выявления злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий, а также критериев оценки результатов комплексного обследования, направленных на их выявление» [151].

Особенностью профессионального отбора для поступления в учебные заведения системы МВД России и службу в ОВД с 2015 г., является то, что врачами-психиатрами и клиническими психологами ЦПД медицинских организаций системы МВД России выявляются только три ФР деструктивного поведения: «А» злоупотребление алкоголем, «Б»употребление наркотических,

токсических и психотропных средств без назначения врача, «Л» суицидальный риск. В Приказе МВД России от 25.02.2015 №1130 [151] жестко ограничен перечень методик и исключена возможность применения СПФИ [129]. Кроме того, в критерии ФР не включены: отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, наличие в анамнезе фактов лечения в связи с психическими и поведенческими расстройствами [191].

По мнению А.Ф. Сайфутдинова и И.Ю. Петрова, связи с ухудшением криминогенной обстановки, возрастанием коррупции, повышением уровня террористической угрозы, условия службы в МВД России стали более напряженными и носят экстремальный характер. ЧС с участием личного состава МВД России имеют тяжелые последствия, как для них самих сотрудников, так и для общества в целом [163]. Эмоциональное выгорание, профессиональная деформация, суициды, нарушения служебной дисциплины, алкоголизм, употребление наркотических средств без назначения врача – в значительной мере обусловлены отсутствием дифференцированного подхода к изучению психологических и деловых качеств кандидатов на службу в МВД России на этапе их профессионально-психологического отбора на службу [228].

Одним из эффективных методов диагностики деструктивного поведения с употреблением наркотиков и злоупотреблением алкоголем является – СПФИ. Актуальность внедрения этой технологии в профессиональный психологический отбор в настоящее время многократно возросла в связи с неблагоприятной наркологической ситуацией в России, выявлением случаев употребления НС среди сотрудников МВД России [76]. Использование СПФИ, по мнению Е.В. Спирица, Т.А. Неверова, предоставляет уникальные возможности по дополнительному изучению устраивающихся на службу кандидатов [178]. Это касается, в первую очередь, многочисленных тем, представляющих существенный интерес по выявлению «ФР» [187]. Практика показывает, что наиболее важным является опрос по следующим темам, сокрытие информации по которым может приводить к негативным последствиям: состояние здоровья (скрываемые заболевания); злоупотребления алкоголем; употребление наркотиков; участие в

незаконном обороте наркотиков. Тем не менее при выявлении ФР – употребление наркотиков и их аналогов, а также ФР злоупотребление алкоголем применение СПФИ запрещено [151].

Л.А. Снегирева выделяет следующие недостатки новой системы профотбора: не решены организационные вопросы, недостаточна психодиагностическая база, недостаточен штат психологов [173].

Ведомственные психиатры, отмечают, что в действующей системе профотбора в МВД России, не предусмотрены ограничения при приеме на службу кандидатов имевших в анамнезе ППР, что является риском формирования у данных кандидатов более глубоких нарушений в условиях стрессогенной службы [191]. Это может не только повысить психическую заболеваемость в полиции, но и приведет к росту антисоциальных и суицидальных действий.

Таким образом, в существующей системе профотбора, отсутствует последовательный алгоритм и комплексность оценки кандидатов на службу специалистами различного профиля (психологи, психиатры, наркологи). Отсутствует взаимосвязь личностно-типологических особенностей, психосоциальных характеристик, наследственных факторов, условий развития, формирования и воспитания личности.

1.6.1. Проблема выявления наркотических, токсических, психотропных средств без назначения врача у кандидатов на службу в Министерстве внутренних дел России

Одной из самых актуальных и трудноосуществимых задач, при проведении профотбора является выявление лиц, употребляющих наркотические, токсические, психотропные средства без назначения врача [72, 192]. Это связано в первую очередь с ростом наркотизации населения России, по данным официальной статистики, с начала 2013 г. наблюдается резкий рост числа выявленных потребителей высокотоксичных синтетических психостимуляторов [44, 50, 69, 70, 71, 97, 176, 193, 235, 243, 271, 272, 273, 282, 288, 294, 296, 308, 350].

В настоящее время для прохождения военно-врачебной (ВВК) комиссии, для выявления фактов употребления наркотиков, регламентировано применение химико-токсикологических исследований (ХТИ), на основании постановления правительства от 4 июля 2013 года № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» [149]. Согласно пункту 26, вышеуказанного нормативно-правового акта, предусмотрено исследование биологических жидкостей организма человека на основные группы наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов: опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, метадон, фенциклидин». Это исключает выявление употребления синтетических наркотиков, в том числе и самых распространенных и недорогих, таких как курительные смеси «спайс».

Кроме того, кандидат на службу или учебу в МВД России, самостоятельно проходит ХТИ в наркологическом учреждении, с использованием иммунохроматографических методов, которые выявляют факт употребления, данных веществ в течение 72 предшествующих часов [44]. Результаты анализа выдаются на руки обследованному лицу, что обусловлено системой организации данного вида обследования. Таким образом, даже при выявлении факта употребления наркотика, положительный результат не дойдет до врачей ВВК [123]. Если даже предположить ситуацию что положительный ХТИ будет предоставлен кандидатом на ВВК, это является фактом однократного употребления наркотика, а согласно статьи 19 п. «б», Постановления правительства применение статьи возможно только при наличии повторного приема ПАВ, сопровождающиеся отчетливыми вредными последствиями при отсутствии синдрома зависимости [121]. При этом единичное или эпизодическое употребление НС или токсических средств не может служить основанием для применения ограничений [149].

В связи с непроработанным подходом к ХТИ при проведении ВВК, единственным объективным и результативным подходом при выявлении потребителей НС являлись результаты, полученные до 2015 г. в ЦПД МСЧ МВД России по субъектам РФ, которые включали клинические и параклинические

обследования и позволяли эффективно исключать возможность поступления на службу в МВД России лиц, имеющих опыт употребления наркотиков и их аналогов [219]. Что доказывают ежегодные ведомственные аналитические обзоры по всем регионам РФ, где указано, что более половины выявленной негативной информации случаи употребления наркотических, токсических, психотропных веществ без назначения врача [125].

В конце 2014 г. и начале 2015 г. были подписаны приказы МВД России № 840 и № 1130, задача которых – начать реализацию Постановления Правительства Российской Федерации № 1259 от 06.12.2012 г. [146, 151, 152]. Указанные документы коренным образом изменяют порядок ППО в МВД России, существенно перераспределяют функции между кадровыми подразделениями и ЦПД МСЧ МВД России по субъектам РФ [11]. В данных документах [151, 152] четко определены методики диагностики и критерии выявления «ФР», использование которых исключает все возможности для выявления потребителей «спайсов», запрещает применение полиграфа и других параклинических методов диагностики, тем самым открывает двери для проникновения в систему, лиц употребляющих наркосодержащие курительные смеси.

По данным аналитического обзора о деятельности ВВК МВД России по субъектам РФ, за 2014 год, отмечается снижение ограниченно годных и не годных кандидатов на службу по психическим расстройствам [10]. Число выявленных лиц с пагубным употреблением и наркоманиями, в данном документе, отдельно не выделяется.

Это говорит об отсутствии достоверных сведений и методов обследования у врачей ВВК МВД России по субъектам РФ о лицах употребляющих наркотики, так как их основная масса не попадают в поле зрения, как гражданских врачей наркологов, так и правоохранительных органов.

Между тем при поступлении на службу в любую силовую структуру, данные лица не только представляют потенциальную угрозу для общества, так как склонны вовлекать в свой круг все новых и новых потребителей, но и являются правонарушителями [219]. Таким образом, при проведении профотбора,

особое внимание должно уделяться выявлению лиц, склонных к девиантному поведению с употреблением НС и их аналогов. Необходимо совершенствование клинико-диагностического подхода и разработка новых методов выявления данной группы лиц.

В изученной нами литературе, при многообразии информации по ППО, диагностике ППР, терапии и реабилитации комбатантов, отсутствует четкий последовательный алгоритм, включающий организацию единой системы непрерывной оценки поведения и психического состояния сотрудников силовых структур по критически важным показателям личностной, профессиональной и функциональной надежности (профотбор, сопровождение, коррекция, реабилитация).

ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первый раздел исследования. Для изучения состояния психического здоровья комбатантов в Центре психофизиологической диагностики МСЧ МВД России по Кировской области проведено сплошное обследование всех 1537 мужчин-комбатантов – сотрудников межмуниципальных отделов полиции, СОБР, ОМОН, ППС, УУП, инспекторов ГИБДД постоянно проживающих в Кировской области, преимущественно русских (89%), чуваша 3,3%, татары 3,7%, марийцы 2,9% чеченцы 1,1%, вернувшихся из командировок с исполнением оперативно-служебных и служебно-боевых задач в особых условиях в составе сводных отрядов милиции в период 2006–2009 гг. согласно приказу МВД № 273 «Об утверждении комплексной Программы медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации и военнослужащих внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации, выполняющих задачи на территории Северо-Кавказского региона» Все полицейские при поступлении на службу по результатам военно-врачебной комиссии, не имели соматических и психических заболеваний, препятствующих прохождению службы и были отнесены по результатам профотбора к первой группе здоровья.

Все комбатанты были подразделены на три группы по критериям уровня психического здоровья, выявленного после исполнения служебно-боевых задач в особых условиях, согласно методическим рекомендациям департамента тыла и кадрового обеспечения МВД России от 2004 г. «Выявление факторов группы риска при профессионально-психологическом отборе и медико-психологическом сопровождении личного состава органов внутренних дел Российской Федерации». I группа профпригодности 725 чел. – здоровые комбатанты (45,7%), которым реабилитационная помощь не оказывалась; II группа профпригодности 497 чел. (31,3%) – лица; у которых за 6 лет предшествующие обследованию, по данным амбулаторных карт выявлялись кратковременные ТАПР, при проведении настоящего обследования, кинических данных за наличие сформировавшихся

ППР у данной группы не выявлялось, им оказывалась психокоррекционная помощь психологами по месту прохождения службы; III группа профпригодности 315 чел. (19,8%) у них были выявлены расстройства адаптации (РА) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в связи с этим была проведена медико-психологическая реабилитация, включавшая медикаментозное лечение и психотерапевтические методы.

Критерии включения в первый раздел исследования

- Участие в боевых действиях в составе сводных отрядов МВД России
- Постоянно проживающие в Кировской области.
- Стаж работы в правоохранительных органах не менее десяти лет (для оценки катамнеза).
- Возраст от 30 до 50 лет (возрастной диапазон обусловлен тем, что на службу принимаются лица прошедшие срочную службу в российской армии, период службы, для оценки динамики составлял 10 и более лет, а возрастное ограничение по выслуге – 50 лет).
- Отсутствие при поступлении на службу, по результатам ВВК соматических и психических заболеваний
- Добровольное согласие пациента на проведение психодиагностического обследования.

Критерии не включения в исследование

- Стаж службы в МВД России менее 10 лет.
- Количество командировок менее трех.
- Участие в боевых действиях в период срочной службы.
- Отказ пациента от проведения клинического и экспериментально-психологического обследования.
- Наличие клинически выраженных психических расстройств, препятствующих дальнейшему прохождению службы.
- Наличие в анамнезе ЗЧМТ, в период службы, в том числе минно-взрывной этиологии.

Критерий исключения из исследования

- Отказ от дальнейшего участия в исследовании.

На втором этапе из всего массива обследованных комбатантов, для дальнейшей работы было отобрано 954 чел 62,1% от общего количества, на основании критериев включения и исключения из исследования (табл. 1), сохранялся принцип распределения по группам профпригодности, в соответствии с методическими рекомендациями МВД России.

Таблица 1

Общее количество обследованных комбатантов, принцип распределения на группы в соответствии с уровнем профессиональной пригодности

Критерий исключения	I группа n=725		II группа n=497		III группа n=315	
	n	%	n	%	n	%
Стаж службы в МВД менее 10 лет	215	29,6	117	23,5	4	1,2
Количество командировок менее трех	107	14,7	41	8,2	6	1,8
Участие в боевых действиях в период срочной службы в РА	26	3,6	14	2,8	2	0,5
Отказ от проведения обследования	32	4,4	11	2,2	0	0
Наличие в анамнезе ЗЧМТ	6	0,8	3	0,6	0	0
Включено в дальнейшее исследование	338	46,7	311	62,6	305	96,5

В первом разделе исследования проводилось пять блоков:

Первый – после возвращения из служебных командировок, связанных с исполнением служебно-боевых задач в особых условиях, применялись клинико-психопатологический метод – для диагностики ППР (изучались амбулаторные карты, протоколы ЦПД); экспериментально-психологический метод с использованием: опросника травматического стресса И.О. Котенева (1998) для выявления симптомов постстрессовых нарушений.

Второй – для анализа преморбидных личностных характеристик, психосоциальных особенностей анамнеза поступления на службу применялись: анамнестический метод с изучением архивных протоколов психофизиологического обследования ЦПД при поступлении на службу с выявлением маркеров «группы риска» в соответствии с методическими рекомендациями от 2004 и 2009 гг. МВД РФ «Выявление факторов группы риска при профессионально-психологическом отборе и медико-психологическом сопровождении личного состава органов внутренних дел Российской

Федерации» для анализа наследственности, условий и особенностей воспитания, развития и особенностей поведения.

Экспериментально-психологический метод включал данные базовых психологических тестов при поступлении на службу, являющихся обязательными для использования при профотборе согласно рекомендациям ЦПД Медико-санитарного Центра (МСЦ) МВД России: методика СМИЛ (Стандартизированный Многофакторный Метод Исследования Личности, отечественная модификация ММРІ), дающая информацию как о стабильных характеристиках личности, так и о состоянии на момент обследования (Собчик М.Н., 2000), краткий отборочный тест (КОТ) (адаптированный Вандерликом, 1992) для определения уровня интеллекта. Остальные экспериментально-психологические тестовые методики использовались нами с учетом поставленной цели исследования, как дополняющие стандартную схему обследования: методика акцентуации характера и темперамента личности (Шмишека Г и Леонгарда Л., 1970) - для определения преморбидных личностных особенностей, методика Адаптивность - для определения индивидуальных адаптационных резервов (Роджерса К., Даймонда Р., 1994).

Третий блок исследований проводился через месяц после последней командировки в зоны вооруженных конфликтов для оценки динамики психического состояния. Он включал в себя: клинико-динамический метод – для анализа динамики психопатологической симптоматики. Проводился клинический осмотр, анализ медицинской документации: амбулаторных карт, историй болезни, данных индивидуальных программ медико-психологической реабилитации. Экспериментально-психологический метод для оценки динамики постстрессовых состояний – опросник травматического стресса И.О. Котенева (1998) и тест эмоционального выгорания личности В.В.Бойко (1998) - для выявления ведущих симптомов «выгорания» и фазы формирования стресса.

Четвертый блок исследований был проведен через год после последней командировки в зоны вооружённых конфликтов, что обусловлено методическими рекомендациями департамента тыла и кадрового обеспечения МВД России при

проведении планового психопрофилактического обследования с целью определения уровня психологической пригодности к службе в занимаемой должности и снятия динамического наблюдения за лицами, отнесенными к «группе углубленного психолого-педагогического внимания». Клинический метод – для оценки динамики психического состояния проводилось анкетирование с использованием разработанной нами методики «Скрининг субъективной самооценки психического состояния комбатантами» (удостоверение на рационализаторское предложение № 2/11 от 14.03.11, акт внедрения от 19.04.2010) и клиническая беседа. Экспериментально-психологический метод включал СМИЛ для оценки динамики профиля личности в процессе служебной деятельности.

Пятый блок исследований был проведен через четыре года после предыдущего обследования для оценки социально-психологического статуса и уровня адаптации, включал: катамнестический метод – анализ катамнеза комбатантов: протоколы психологического обследования, служебные характеристики, послужные списки. Экспериментально-психологический метод – тест Басса-Дарки - для выявления уровня и характера агрессивного поведения (Басс А., Дарки А., 1988), тест Кеттелла, 16 факторный личностный опросник (Кеттелл Р., 1946 г., 16 ФЛЮ-187-А, методика акцентуации характера и темперамента личности (Шмишека Г. и Леонгарда Л., 1970) – для оценки динамики личностных характеристик в процессе служебной деятельности.

Второй раздел исследования.

Проведено катамнестическое обследование 118 комбатантов-пенсионеров МВД России по Кировской области, уволившихся со службы в период с 2006 по 2012 г., имевших на момент увольнения выслугу, дающую право на пенсию. Все комбатанты были подразделены на две группы по критерию наличия психического расстройства в свидетельстве о болезни, при прохождении ВВК, на момент увольнения из МВД России по Кировской области. 57 чел. с пограничными психическими расстройствами; средний возраст $40,3 \pm 3,4$ лет, среднее количество командировок в СКР $12,7 \pm 1,3$. 61 чел. – комбатанты-

пенсионеры без психических расстройств, средний возраст $47,4 \pm 3,4$ лет, среднее количество командировок в СКР $11,9 \pm 1,3$. Методы исследования: клинический метод с использованием протоколов ЦПД, актов ВВК, амбулаторных карт, катamnестический метод с использованием амбулаторных карт и социального опроса комбатантов-пенсионеров в ЦПД через три года после увольнения. Экспериментально-психологическое обследование проводилось перед увольнением на пенсию, использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н. Собчик (2000).

Третий раздел исследования.

На первом этапе в третьем разделе для оценки эффективности методов профотбора, существовавших до 2015 г., методом случайной выборки отобраны «успешные и «проблемные» полицейские с использованием архивных данных ЦПД МСЧ МВД России по Кировской области, проведен ретроспективный анализ личностных и психосоциальных особенностей способствующих успешности служебной деятельности на должностях связанных с ЧС. Проанализировано 128 протоколов комбатантов при поступлении на службу в МВД России, из них «успешные» полицейские 72 чел. (56,2%) (имеющие поощрения, признанные лучшими по профессии, награжденные за успешное выполнение служебных обязанностей), ср. возраст $35,4 \pm 1,3$ года, стаж службы – $11,8 \pm 1,1$ лет, «проблемные» полицейские 56 чел. – 43,8% лица, имеющие дисциплинарные взыскания, за систематическое нарушение служебной и исполнительской дисциплины ср. возраст $36,2 \pm 1,4$ лет, стаж службы – $12,1 \pm 1,1$ лет. Достоверных различий между сотрудниками подразделений по указанным параметрам не было.

На втором этапе в третьем разделе было проведено сплошное исследование кандидатов поступавших на службу в 2013, 2014 гг. для анализа ФР, снижающих профессионально-психологическую пригодность к службе. Проанализировано 1116 архивных протоколов психологического обследования кандидатов на службу в полицию с 2013 по 2014 г. (2013 г. – 603 чел., 2014 г. – 513 чел.). Все обследованные были подразделены на две группы по критерию наличия фактов употребления наркотических средств в анамнезе: основная группа 469 кандидатов,

имеющих опыт употребления наркотических средств и их аналогов (ср. возраст $21,9 \pm 2,1$ лет), группа сравнения – 647 чел., не употреблявших данные вещества (ср. возраст $23,9 \pm 1,4$ лет). Методы исследования: анамнестический метод для изучения анамнеза использованы протоколы психофизиологического обследования и амбулаторные карты. Экспериментально-психологический метод включал: СМИЛ – для выявления личностно-типологических особенностей и СПФИ с применением полиграфного устройства письменные объяснения и скрининг-анкетирование – для выявления эпизодов употребления НС.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием программы SPSS 22.0. Применялись методы вариационной статистики с вычислением среднего значения, доверительных интервалов, определения вероятности ошибки. Поиск взаимосвязей между двумя качественными данными осуществлялся с помощью теста Хи-квадрат Пирсона (данные представлены в виде абс.ч.-%); в случае попарного сравнения осуществлялась поправка Бонферрони. В случае сравнения трех групп, имеющих ненормальное распределение количественного признака, использовался критерий Крускала-Уоллиса, двух групп и для попарного сравнения – критерий Манна-Уитни (данные представлены в виде медианы (Me) и квартилей первого и третьего (Q1-Q3)). В случае сравнения двух групп, имеющих нормальное распределение количественного признака, осуществлялся критерий Стьюдента для несвязанных выборок (данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения $M \pm s$). Для построения уравнения прогноза применялся логистический регрессионный анализ методом форсированного ввода переменных (данные представлены в виде отношения шансов (ОШ)). Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$; в случае попарного сравнения - $p \leq 0,017$.

ГЛАВА III. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КОМБАТАНТОВ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ЕГО ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ СЛУЖБЫ

3.1. Психическое состояние комбатантов после участия в боевых действиях

Из 1537 осмотренных комбатантов-полицейских у 338 чел. психических нарушений выявлено не было. У 311 комбатантов различные ТАПР, которые фиксировались в амбулаторных картах комбатантов врачами психиатрами или неврологами за 6 летний период, предшествующий настоящему исследованию. Данные состояния протекали в форме кратковременных эмоционально-дизадаптивных реакций и нарушений поведения, согласно клинической классификации Е.В. Снедкова (1997), относящиеся к предболезненному уровню. На момент осмотра у этих лиц сформировавшихся ППР выявлено не было.

У 166 чел. (54,4%) отмечались РА, среди них: кратковременная депрессивная реакция (F 43.20) – 35 чел. (21,1%), пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21) – 31 чел. (18,6%), смешанная тревожная и депрессивная реакция (F 43.22) – 35 чел. (21,1%), нарушения других эмоций (F 43.23) – 21 чел. (12,6%), с преобладанием нарушений поведения (F 43.24) – 34 чел. (20,5%), (F 43.25) смешанное расстройство эмоций и поведения – 10 чел. (6,1%). Клинически оформленные ПТСР были диагностированы у 139 чел. (45,6%), из них: тревожный тип – 36 чел. (25,9%), эксплозивный – 33 чел. (23,9%), соматоформный – 38 чел. (27,6%) и конверсионный – 31 чел. (22,6%).

У комбатантов с РА отмечались эмоциональные нарушения в виде тревожных и депрессивных состояний, периодически возникающих дисфорий различных по степени выраженности в зависимости от клинического варианта РА. У всех комбатантов с РА отмечалось нарушение межличностной коммуникативности с выраженной раздражительностью, вспыльчивостью, недоверием к окружающим.

Сновидения боевого содержания у всех комбатантов с ПТСР были представлены мучительными сценами с ощущением угрозы жизни («не мог обороняться», «стрелял, но пули летели мимо», «трупы убитых оживали»), сновидения сопровождались страхом и вегетативными симптомами (сердцебиением, потливостью). Отмечалась подавленность, гнетущая напряженность, не свойственная ранее повышенная чувствительность к бытовым раздражителям (громкие звуки, запах пороха, бензина), настороженность, подозрительность, «сверхбдительность». Имел место страх открытых пространств с ощущением угрозы извне (площади, рынки, газоны ассоциировались с «растяжками», страхом подрыва, недостроенные здания с угрозой снайперского огня, смертью, котлованы на стройках с «могилами» и массовой гибелью людей).

Клинические проявления ПТСР различались в зависимости от варианта течения заболевания. У комбатантов с тревожным типом ПТСР в структуре болезни преобладали симптомы невротического круга: немотивированная тревога, частые смены настроения, нарушения сна (трудности при засыпании, ранние пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна), вялость, разбитость, «тяжесть в голове».

У полицейских с взрывным типом ПТСР наблюдалась выраженная раздражительность, недовольство, дисфории. Им была свойственна обидчивость, мстительность, враждебное отношение к окружающим, склонность к решению обиденных проблем с помощью физической силы, настороженность, подозрительность, ранимость, обидчивость, негативизм. На фоне общей напряженности, снижения адаптивных возможностей, наличия склонности к невротическим импульсивным реакциям прослеживалась сложность в волевом контроле негативных эмоций в быту; наблюдались различные формы дезадаптивного поведения, такие как чрезмерное употребление алкоголя, эпизодическое употребление ПАВ.

В структуре соматоформного типа ПТСР преобладали болезненные ощущения в области сердца, по ходу желудочно-кишечного тракта. Отмечалась выраженная ипохондрическая фиксация на этих симптомах и тревожное

ожидание их усиления, что заставляло больных обращаться к врачам общего профиля; при этом периодически констатировались: функциональные кардиопатии, головокружения, невралгии, расстройства сна, головные боли, тошнота, рвота, урологические проявления, сексуальные дисфункции.

У комбатантов с конверсионным типом ПТСР в клинике превалировали симптомы нарастающего возбуждения с отсутствием критичности к болезни, обостренные демонстративные реакции на внешние раздражители, связанные, с основным травмирующим фактором, немотивированная инициативность, повышенная болтливость, завышенная самооценка, поиск «виновников трагедии» с желанием мести. Отмечались эпизоды аффективного сужения сознания с приступами ярости, физической агрессивности, отсутствием чувства вины.

3.2. Структура психопатологической симптоматики у комбатантов с пограничными психическими расстройствами

Анализ клинических симптомов у комбатантов с ТАПР и ППР показал, что характерные для ПТСР симптомы, такие как повторное переживание травматических событий и кошмарные сновидения, отмечались в обеих группах комбатантов, но достоверно чаще в III группе. «Flashback» симптомы с выраженными психосоматическими проявлениями в форме тахикардии, потливости, повышения артериального давления при повторном переживании травмы зафиксированы в обеих группах, но наиболее часто у комбатантов с ППР. Просночные галлюциноиды были отмечены только у лиц III группы. Диссоциативные проявления на триггерные стимулы в структуре симптома повторного переживания травматического события, достоверно чаще выявлялись у лиц с ТАПР в анамнезе.

Фобические реакции на триггерные стимулы встречались в группах примерно с одинаковой частотой. Избегание мыслей, ощущений, людей (все, что напоминало о травме) выявлены в обеих группах респондентов, но частота существенно выше у лиц с ППР (табл. 2).

**Частота встречаемости симптомов посттравматического
стрессового расстройства у комбатантов с ППР И ТАПР, %**

Симптомы		II группа (ТАПР)		III группа (ППР)		p-уровень
		n=311	%	n=305	%	
В момент угрозы	амнезия	0	0	1	0,3	0,345
	страх	0	0	1	0,3	0,456
	дезорганизация поведения	5	1,6	6	1,9	0,367
	сужение сознания	0	0	6	1,9	0,458
Повторные Переживания	«flashback» симптомы	79	25,4	195	63,9	<0,001
	кошмарные сновидения	58	18,6	136	44,6	<0,001
	просоночные галлюциноиды	0	0	10	3,3	465
	фобические реакции на триерные стимулы	3	0,9	4	1,3	0,478
	диссоциативные проявления на тригерные стимулы	12	3,9	6	1,9	<0,05
Избегание	мыслей, ощущений	11	3,5	38	12,5	< 0,05
	действий, людей	69	22,9	143	46,8	<0,001
	психогенная амнезия	12	3,9	4	1,3	< 0,05
	снижение интереса к ранее значимым событиям	9	2,9	92	30,2	<0,001
	ощущение отстраненности, отгороженности	7	2,3	29	9,5	< 0,05
	снижение уровня эмоционального реагирования	34	10,9	89	29,2	<0,001
	ощущение отсутствия перспективы	0	0	12	3,9	0,478
Возбуж- дения	нарушения сна	89	28,6	198	64,9	< 0,05
	раздражительность	78	25,1	264	86,5	< 0,05
	вспыльчивость	96	30,9	214	70,1	<0,001
	нарушения концентрации внимания	32	10,2	139	45,6	<0,001
Признаки социальной и трудовой дезадаптации		9	2,9	45	14,6	<0,001

Примечание: p рассчитывался с помощью Хи-квадрат Пирсона, межгрупповые различия достоверны при $p < 0,05$.

Следует отметить, что у комбатантов с ТАПР достоверно чаще встречалась психогенная амнезия в структуре симптома избегания в отличие от лиц с ППР.

Симптомы эмоциональной дефицитарности с социальной интравертированностью, такие как снижение интереса к ранее значимым событиям, ощущение отстраненности и отгороженности, снижение уровня эмоционального реагирования встречались в обеих группах респондентов, но достоверно чаще присутствовали у лиц с ППР. Ощущение отсутствия

перспективы присутствовало у лиц только с клинически сформировавшимися ППР (табл. 2).

Наличие психопатологических симптомов продолжительностью более месяца встречалось чаще у лиц с ППР, что свидетельствует о том, что заболевание сформировалось еще в период исполнения служебно-оперативных задач вне мест постоянной дислокации, и пациентам требовалась терапия еще до этапа эвакуации в безопасный район.

После возвращения домой у всех комбатантов встречались элементы социальной и трудовой дезадаптации. Это, вероятно, говорит о диагностических ошибках при проведении психопрофилактических осмотров, а так же о трудностях диагностики данных состояний, в связи с тем, что комбатанты не предъявляли жалоб и скрывали имеющиеся проблемы (табл.2).

У комбатантов II группы клиническая симптоматика включала дезадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции с симптомами характерными для ПТСР, но их продолжительность и выраженность были существенно меньше и не укладывались в нозологические критерии заболевания. У лиц III группы клиническая симптоматика была более выраженная, продолжительная и полиморфная.

Результаты теста ПТСР И.О. Котенева, проведенного после участия в боевых действиях, показали меньшую выраженность симптомов депрессии и избегания у комбатантов с ППР, что противоречило клиническим данным.

У комбатантов с ТАПР в анамнезе, а также у комбатантов I группы, наряду с симптомами депрессии преобладали ложь и аггравация, что свидетельствовало о недостаточной откровенности обследуемых комбатантов (табл. 3).

Гиперактивация была наиболее выражена у комбатантов II группы, в отличие от I и III групп. Шкала «дистресс и дезадаптация» была существенно выше у комбатантов с ППР. Итоговый показатель наличия признаков ПТСР был выше у лиц с ТАПР в анамнезе, что свидетельствовало о клинической выраженности симптомов характерных для ПТСР

**Выраженность симптомов ПТСР по методу
И.О. Котенева у комбатантов после командировки, ($M \pm m$), в баллах**

Шкала	Группы, $M \pm m$, в баллах			p-уровень для попарного сравнения
	I гр. n=338	II гр. n = 311	III гр. n =305	
Депрессия	43,1 \pm 4,9	51,6 \pm 7,2	33,9 \pm 6,2	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Ложь	51,8 \pm 4,2	50,8 \pm 3,2	51,4 \pm 4,7	1<0,567; 2=0,689; 3=0,445
Аггравация	45,2 \pm 5,2	49,1 \pm 4,6	47,8 \pm 2,3	1<0,001; 2=0,456; 3=0,347
Диссимуляция	16,9 \pm 4,2	35,1 \pm 4,9	27,7 \pm 1,2	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Событие травмы	29,1 \pm 8,8	19,0 \pm 3,2	24,3 \pm 2,9	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Повторное переживание	30,6 \pm 6,2	27,7 \pm 5,6	30,2 \pm 3,7	1<0,001; 2=0,567; 3<0,001
Избегание	32,6 \pm 6,1	30,8 \pm 9,2	29,9 \pm 5,1	1<0,001; 2<0,001; 3=0,786
Гиперактивация	18,6 \pm 5,1	27,3 \pm 4,1	22,7 \pm 3,2	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Дистресс дезадаптация	33,1 \pm 4,1	34,4 \pm 3,7	41,9 \pm 2,2	1=0,345; 2<0,001; 3<0,001
Наличие признаков ПТСР	53,4 \pm 5,2	87,3 \pm 4,2	70,3 \pm 8,2	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001

Примечание: * p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между I и II гр., 2 – между I и III гр., 3 – между II и III гр.

Таким образом, у комбатантов II и III групп после командировки в структуре выявленных синдромальных и нозологических клинико-патологических нарушений присутствовали симптомы характерные для ПТСР.

3.3. Психосоциальный катанез комбатантов в зависимости от групп профессионального психологического отбора при поступлении на службу в органы внутренних дел

На втором этапе был проведен психосоциальный анализ факторов анамнеза комбатантов, выявленных при проведении профотбора в соответствии с методическими указаниями МВД России, в которых предусмотрено выделение двух категорий ФР (с маркерами ГР): «А» – неблагоприятные медико-биологические и социально-средовые условия формирования, развития и воспитания; «Б» – неблагоприятные социально-психологические и медико-психологические качества и особенности поведения.

Не было выявлено существенных межгрупповых различий у комбатантов трех групп по следующим ФР ГР категории «А»: эмоциональная заброшенность в детстве; гиперопека со стороны родителей; отягощенная наследственность по психическим расстройствам; низкий доход в семье; низкий уровень грамотности.

Комбатанты I гр. профессиональной пригодности достоверно реже имели отличия по следующим ФР ГР категории «А» - преднамеренные самоповреждения в подростковом возрасте в форме нанесения телесных самоповреждений: порезов, множественных татуировок, преднамеренных ожогов и т.д.; смерть одного из родителей. Они значимо чаще имели отягощенную наследственность по алкогольной зависимости; воспитывались в неполной семье; имели четвертные двойки в школе (табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости неблагоприятных медико-биологических и социально-средовых условий формирования, развития, воспитания у комбатантов МВД при профессионально-психологическом отборе, факторы риска группы «А» (абс., %)

Социальные характеристики	Комбатанты						χ^2	р-уровень
	I гр. n=338		II гр. n=310		III гр. n=304			
	n	%	n	%	n	%		
Преднамеренные самоповреждения:	5	1,5	14	4,5	5	1,6	7,464	0,024
Эмоциональная заброшенность в детстве	7	2,1	4	1,3	6	2,0	0,652	0,722
Гиперопека со стороны родителей	6	1,8	13	4,2	5	1,6	5,244	0,073
Отягощенная наследственность по психическим расстройствам	46	13,6	39	12,6	44	14,5	0,471	0,790
Отягощенная наследственность по алкогольной зависимости	115	34,0	73	23,5	101	33,2	10,13	0,006
Смерть родителей	6	1,8	5	1,6	24	7,9	22,45	<0,001
Воспитание не полной семье	49	14,5	42	13,5	25	8,2	6,685	0,035
Четвертные двойки:	101	29,9	79	25,5	23	7,6	52,25 2	<0,001
Низкий уровень грамотности:	44	13,0	35	11,3	38	12,5	0,466	0,792

Примечание: р-рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, различия достоверны при $p \leq 0,05$, в таблицах 4,5.

Комбатанты, у которых в период службы были зафиксированы ТАПР, достоверно чаще в пубертате имели преднамеренные самоповреждения; воспитывались в неполной семье; у них существенно реже встречалась отягощенная наследственность по алкогольной зависимости в отличие от I и III групп.

Полицейские III группы реже имели в анамнезе самоповреждения, воспитание в неполной семье; проблемы с обучением, но у них значимо чаще была отягощена наследственность по алкогольной зависимости и в 7,9% случаев в детстве умер один из родителей (табл. 4).

Во всех трех группах примерно с одинаковой частотой встречались следующие ФР ГР «В»: конфликтность с учителями и сверстниками, соседями; участие в азартных играх и пари; проблемы с поведением в юности. Комбатанты I и II групп достоверно чаще имели в подростковом возрасте аддиктивные поступки с употреблением НС и ПАВ (вдыхание паров бензина, химических растворителей, употребление насвая, табакокурение и др.), значимо чаще употребляли алкоголь в отличие от лиц III группы (8,2%).

Во время срочной службы в Российской армии у комбатантов I и II групп, чаще встречались дезадаптивные формы реагирования (конфликты с командирами, сослуживцами, гауптвахта, разжалования и другие взыскания и конфликты в быту (с соседями, родственниками, родителями, сверстниками). В отличие от лиц III группы, которым данное поведение было менее свойственно.

Такая же картина отмечалась при выявлении психологических маркеров ГР «Б»: нервозность, вспыльчивость, совершение импульсивных поступков, чрезмерная заторможенность, увертливость, болтливость, враждебность, что подтверждало наличие осложненных форм пубертата в первых двух группах обследованных (табл. 5).

В III гр. значимо чаще отмечался повышенный интерес к стрессовым событиям при наличии состоянии тревоги и раздражительности (табл. 5).

**Частота встречаемости неблагоприятных социально-психологических
и медико-психологических качеств
и особенностей поведения у комбатантов МВД России
при профессионально-психологическом отборе, факторы
риска группы «Б» (абс., %)**

Социальные характеристики	Комбатанты						χ^2	р- уровень
	I гр. n=338		II гр. n=310		III гр. n=304			
	n	%	n	%	n	%		
Конфликтность с учителями и сверстниками:	44	13,0	33	10,6	28	9,2	2,433	0,296
Конфликтность с начальниками и сослуживцами	98	29,0	40	12,9	31	10,2	46,132	<0,001
Конфликтность с соседями	30	8,9	30	9,7	30	9,9	0,211	0,900
Некоммуникабельные	71	21,0	32	10,3	10	3,3	49,074	<0,001
Чрезмерная активность	31	9,2	19	6,1	29	9,5	2,871	0,238
Медлительность в принятии решений	84	24,9	61	19,7	28	9,2	27,034	<0,001
Изворотливость, ложь	47	13,9	30	9,7	6	2,0	29,162	<0,001
Чрезмерный интерес к стрессовым событиям	33	9,8	28	9,0	48	15,8	8,382	0,015
Азартные игры, пари	29	8,6	22	7,1	25	8,2	0,519	0,771
Частое употребление алкоголя	73	21,6	53	17,1	25	8,2	21,976	<0,001
Опыт употребления наркотиков	30	8,9	24	7,7	11	3,6	7,558	0,023
Употребление других ПАВ	83	24,6	54	17,4	24	7,9	31,704	<0,001
Проблемы с поведением в юности:	42	12,4	34	11,0	22	7,2	4,893	0,087
Нервозность	44	13,0	33	10,6	12	3,9	16,449	<0,001
Повышенная вспыльчивость	110	32,5	51	16,5	53	17,4	30,553	<0,001
Импульсивные поступки:	31	9,2	26	8,4	11	3,6	8,514	0,014
Состояния тревоги	34	11,2	36	11,6	75	22,2	19,674	<0,001
Раздражительность:	30	8,9	19	6,1	42	13,8	10,773	0,005
Враждебность	82	24,3	37	11,9	9	3,0	63,295	<0,001
Физическая агрессивность:	44	13,0	24	7,7	45	14,8	7,975	0,019

Анализ маркеров ГР показал, что комбатанты, которые в последующем не страдали ППР, а также те лица, у которых после участия в боевых действиях были зафиксированы ТАПР, в процессе формирования личности были более склонны к девиантным формам поведения. Комбатанты, получавшие терапию в связи с наличием ППР в межкомандировочный период, достоверно реже имели осложненный пубертат, реже имели проблемы с успеваемостью и поведением, были неконфликтны, конформны, имели высокий исходный уровень тревоги и раздражительности.

3.4. Анализ личностных особенностей комбатантов при поступлении на службу в органы внутренних дел

При обследовании трех групп комбатантов по СМИЛ показатели шкал «L», «F», «K» свидетельствовали о достоверности проведенного тестирования.

Показатели шкалы «невротический сверхконтроль» имели средние значения во всех исследованных группах, значимых различий между ними выявлено не было. Наличие повышенных результатов по шкале «пессимистичность» отмечалось в группе здоровых лиц, что свидетельствовало об их скептицизме, излишней самокритичности, неудовлетворенности в отличие от II и III групп, где выявлялся объективный оптимизм и прагматичность суждений. Шкала «эмоциональная лабильность» была достоверно ниже у психически здоровых лиц и во II гр. обследованных, в III гр. комбатантов показатель был существенно выше, что отражало их склонность к неустойчивости эмоционального фона в преморбиде. По шкале «импульсивность» наблюдались наиболее высокие показатели у комбатантов II гр., что свидетельствует о наличии у них активной жизненной позиции, высокой поисковой активности, однако данный результат свойственен и возбудимым типам личности с антисоциальной направленностью, что диктует необходимость оценивать личность комплексно с учетом интеллектуальных показателей, сознательности, направленности, отношения к нормам морали. У комбатантов I и III гр. данный показатель существенных

различий не имел и соответствовал средним границам. У лиц III группы данная шкала наряду с «социальной интравертированностью», являлась ведущей в профиле (табл. 6). По шкале «мужественность» между I и II гр. существенных различий не выявлено, у комбатантов III гр. данные показатели достоверно ниже, что отражало наличие склонности к сглаживанию конфликтов, сдерживанию агрессивных или антисоциальных тенденций. Показатели шкалы «ригидность» оказались существенно ниже у лиц I и III гр. в отличие от II гр., где она являлась ведущей в профиле и свидетельствовала о наличии в структуре личности прямолинейности, настойчивости, упорства, недостаточной гибкости в поведении, стеничности и негибкости установок. По мнению Л.Н. Собчик [174], это обусловлено их независимостью от мнения окружающих, далее постепенно происходит накапливание недовольства, которое проявляется взрывом аффекта и агрессией. По шкале «тревожность» достоверно более высокий показатель был выявлен у комбатантов III гр., что свидетельствовало о повышенной чувствительности к средовым воздействиям и зависимости от мнения большинства, со свойственной им сензитивностью, уходом от конфронтации, ответственностью, совестливостью, обязательностью, повышенной тревожностью. Ю.Ю. Стрельникова [182] при исследовании динамики личностных особенностей бойцов ОМОН отмечала, что после участия в боевых действиях в 8 раз сократилось число сотрудников с низкими значениями (35–40 Т-баллов) шкалы тревожности: до командировки их было 44,7%, а после – осталось только 5,3%. Таким образом, исходно высокий уровень тревожности у комбатантов III гр., заостряясь в процессе службы, способствовал формированию ППР. У комбатантов I гр. по шкале «индивидуалистичность» отмечалось повышение показателя в сочетании с высокими результатами четвертой и девятой шкал, что может быть отражением романтической мотивации в выборе профессии, незрелости и поверхностности в принятии решений (табл. 6).

Некоторые авторы [43, 64], изучая профиль СМИЛ сотрудников МВД России перед отправкой в служебную командировку в СКР, выявляли, что при максимальном среднем балле по шкале «индивидуалистичность» в структуре

личностных особенностей определялась ориентация на субъективные критерии и интуицию с малопредсказуемыми поступками и высказываниями, независимостью в суждениях. Наиболее высокие показатели «оптимистичности» наблюдались у комбатантов II гр., что говорит о их активности, которая ориентирована в большей степени на моторную подвижность и сверхактивность, а не на результативность, им свойственно приподнятое настроение, аффективные реакции в виде раздражительности, вспыльчивости, гнева. В работах L.J Dlugosz показано, что комбатанты с высоким уровнем оптимистичности, склонны к дезадаптивным формам поведения, в том числе с чрезмерным употреблением алкоголя [262].

По шкале «социальная интравертированность» у комбатантов I и III гр. отмечались высокие показатели, показывающие скрытность, ограниченность в социальных контактах, склонность к избеганию конфликтов. Согласно профилю СМИЛ, лицам с повышенной шкалой «социальной интравертированности» в ситуации стресса был свойственен уход от контактов и бегство от проблем в одиночество, высокие показатели этой шкалы отражают замкнутость, неразговорчивость, являются признаками личностной дисгармонии и часто являются способом представить себя в более выгодном свете [174].

Таблица 6

Личностный профиль СМИЛ у комбатантов при поступлении на службу, Me (Q1-Q3), T- баллы

Шкалы СМИЛ	Группы, Me (Q1-Q3)			p-уровень*	p-уровень для попарного сравнения**
	I гр. n=338	II гр. n=311	III гр. n=305		
L	47,0 (37,0-55,0)	45,0 (36,0-53,0)	46,0 (37,0-55,0)	0,116	-
F	47,0 (39,0-53,0)	50,0 (42,0-61,0)	41,0 (34,0-47,0)	<0,001	1<0,001;2<0,001; 3<0,001
K	53,5 (49,0-62,0)	51,0 (41,0-58,0)	52,0 (43,0-57,0)	<0,001	1<0,001;2<0,001; 3=0,652
Невротический сверхконтроль	55,0 (50,0-63,0)	55,0 (45,0-59,0)	52,0 (50,0-59,0)	0,581	-
Пессимистичность	67,0 (57,0-74,0)	51,0 (25,0-67,0)	51,0 (48,0-78,0)	<0,001	1<0,001;2<0,001;3<0,001
Эмоциональная лабильность	50,0 (45,0-55,0)	51,0 (47,0-66,0)	53,0 (49,0-58,0)	<0,001	1<0,001;2<0,001;3=0,414
Импульсивность	63,0 (56,0-78,0)	70,0 (58,0-88,0)	61,0 (56,0-68,0)	<0,001	1=0,002; 2<0,001;3<0,001
Мужественность	56,0 (47,0-69,0)	55,0 (47,0-69,0)	45,0 (34,0-53,0)	<0,001	1=0,886; 2<0,001;3<0,001
Ригидность	51,0 (44,0-68,0)	61,0 (50,0-87,0)	52,0 (41,0-67,0)	<0,001	1<0,001;2=0,453;3<0,001
Тревожность	56,0 (52,0-67,0)	56,0 (52,0-66,0)	58,0 (54,0-76,5)	<0,001	1=0,573; 2<0,001; 3<0,001
Индивидуалистичность	56,0 (50,0-62,0)	58,0 (53,0-74,0)	50,0 (44,0-56,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
Оптимистичность	58,0 (45,0-48,0)	57,0 (43,0-90,0)	44,0 (34,0-52,0)	<0,001	1<0,001; 2=0,045;3<0,001
Социальная интровертированность	68,0 (63,0-78,0)	47,0 (36,0-56,0)	69,0 (52,5-78,0)	<0,001	1<0,001;2=0,033; 3<0,001

Примечание: * p рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, причем 1 – сравнение осуществлялось между I и II группами, 2 – между I и III группами, 3 – между II и III группами, критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$, в табл. 6, 7, 8, 9

При анализе показателей интеллекта и мыслительной деятельности у комбатантов, по результатам КОТ, суммарный интегральный показатель I и II групп существенных различий не имел и показатели соответствовали средней границе возрастной нормы. В III гр. интегральный показатель достоверно отличался от первых двух групп и имел более высокие значения за счет способности к обобщению и анализу информации. По базовым шкалам «пространственное мышление», «устойчивость мыслительной деятельности», «гибкость мыслительных процессов», «внимание» достоверных различий между группами не выявлено (табл. 7). Таким образом, высокий интеллект в совокупности с другими личностными характеристиками являлся ФР формирования ППР.

Таблица 7

Особенности интеллекта и мыслительной деятельности у комбатантов МВД, краткий отборочный тест, Me (Q1-Q3), в баллах

Шкалы	Группы, Me (Q1-Q3)			p-уровень*	p-уровень для попарного сравнения**
	I гр n=338	II гр n=311	III гр n=305		
Интегральный показатель	19,0(12-21)	19,0 (14-20)	26,0 (20-31)	<0,001	1=0,533 2<0,001 3<0,001
Способность к анализу и обобщению информации	3,0 (2-5)	3,0 (2-5)	5,0 (3-6)	<0,001	1=0,654 2<0,001 3<0,001
Пространственное мышление	4,0 (2-6)	4,0 (2-6)	4,0(2-6)	0,424	-
Устойчивость мыслительной деятельности	3,0 (2-5)	3,0 (2-5)	3,0 (1-5)	0,578	-
Гибкость мыслительных процессов	4,0 (2-6)	4,0(2-6)	4,0 (2-6)	0,435	-
Внимание	4,0 (2-6)	4,0 (1-7)	4,0 (1-7)	0,563	-

По методу МЛО «Адаптивность» показатели МНК у комбатантов I и II гр. находились на низком уровне, достоверных различий не отмечалось, в III группе баллы по этой шкале были достоверно выше. КО были значительно ниже во II гр., у комбатантов I гр. и III гр. значимых межгрупповых различий не наблюдалось.

НПУ у полицейских I и II гр. существенно не различался, у лиц III гр. результат был достоверно выше (табл. 8).

Таблица 8

Адаптационные возможности у комбатантов трех групп при поступлении на службу, T баллы, Me (Q1-Q3)

Шкалы	Группы, Me (Q1-Q3)			p-уровень*	p-уровень для попарного сравнения**
	I гр. n=338	II гр. n=311	III гр. n=305		
ЛАП	3 (2-5)	2 (2-4)	5 (3-5)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
НПУ	4 (3-5)	3 (3-4)	5 (4-6)	<0,001	1=0,028; 2<0,001; 3<0,001
КО	5 (4-6)	3 (1-4)	6 (4-6)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
МНК	3 (2-5)	3 (3-5)	5 (4-6)	<0,001	1=0,971; 2<0,001; 3<0,001

По результатам методики изучения акцентуаций личности К. Леонгарда, у лиц I группы преобладали признаки гипертимной акцентуации личности с демонстративными и возбудимыми чертами. Им был свойственен повышенный фон настроения, стремление к вовлеченности в деятельность, высокая активность, предприимчивость, вытеснение негативных переживаний, в совокупности с повышенной возбудимостью и импульсивностью. У них имелась тенденция ослабления волевого контроля поведения, спонтанность действий, при этом они не фиксировались на негативных событиях (табл. 9).

У полицейских II группы в преморбиде выявлялись акцентуации личности преимущественно демонстративного типа с чертами возбудимости и гипертимией.

Комбатанты III группы, у которых в последующем формировались ППР, в преморбиде имели тревожный тип акцентуации личности с чертами педантичности, им была свойственна застенчивость, повышенное чувство долга, ответственности, неуверенность в правильности своих поступков, склонность к формированию чувства вины, высокие моральные и этические требования, излишняя самокритичность, высокая исполнительность (табл.9).

Акцентуации личности по методу К. Леонгарда, в модификации

С. Шмишека, у комбатантов трех групп

при поступлении на службу, Ме (Q1-Q3)баллы

Шкалы	Группы, Ме (Q1-Q3)			р-уровень *	р-уровень для попарного сравнения**
	I гр. n=338	II гр. n=311	III гр. n=305		
Гипертимный	19,0 (11-21)	19,0 (12-23)	9,0 (6-11)	<0,001	1=0,567 2<0,001 3<0,001
Застревающий	9,0 (6-12)	9,0 (5-11)	15,0 (9-18)	<0,001	1=0,672 2<0,001 3<0,001
Эмотивный	9,0 (4-13)	9,0(5-13)	9,0 (5-11)	0,956	-
Педантичный	8,0 (3-10)	8,0 (4-9)	14,0 (7-19)	<0,001	1=0,678 2<0,001 3<0,001
Тревожный	7,0 (3-8)	8,0 (3-10) (20,0 (9-25)	<0,001	1=0,671 2<0,001 3<0,001
Циклотимный	9,0 (5-10)	10,0 (4-12)	7,0(3-9)	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Демонстративный	17,0 (11-23)	20,0 (9-23)	9,0 (5-12)	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Возбудимый	14,0 (7-18)	18,0 (9-21)	9,0 (5-10)	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Дистимичный	9,0(5-10)	9,0 (5-10)	10,0 (6-12)	0,786	-
Экзальтированный	6,0 (3-8)	6,0 (3-8)	6,0 (2-7)	0,925	-

Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, причем 1 – сравнение осуществлялось между I и II группами, 2 – между I и III группами, 3 – между II и III группами; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

Таким образом, при поступлении на службу, у комбатантов трех групп выявлены достоверные различия личностно-характерологических особенностей: в I гр. преобладал гипертимный тип с элементами демонстративности; II гр. - демонстративный с эксплозивными чертами. У комбатантов III гр. были выявлены тревожно-педантичные черты в сочетании высокими интеллектуальными показателями, что является ФР формирования ППР.

3.5. Особенности терапии пограничных психических расстройств у комбатантов после участия в боевых действиях

Особенностью терапии ППР у комбатантов-полицейских являлась четкая регламентированность сроков терапии Приказом МВД России № 5 от 12.01.2012 «О медико-психологической реабилитации» [150], где предусмотрена активная психодиагностическая процедура обследования всех участников психотравмирующих ситуаций [131] непосредственно после возвращения из зон с особыми условиями службы.

Выбор методов медикаментозного лечения ППР у комбатантов III группы основывался на клинической симптоматике и назначался с учетом основных психопатологических синдромов и нозологических форм в соответствии со стандартами психиатрической помощи.

При преобладании в картине ППР депрессивной симптоматики применялись антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и трициклические антидепрессанты).

С преобладанием в структуре ПТСР и РА тревожной симптоматики с нарушениями сна, эксплозивностью коротким курсом назначались бензодиазепиновые транквилизаторы и (или) элонила, а также антидепрессанты с седативным действием.

При расстройствах с конверсионными нарушениями антидепрессанты не применялись в связи с усилением диссоциативных симптомов, использовались корректоры поведения (сонапакс) в сочетании с реланиумом и плацебо.

При эксплозивном варианте ПТСР и РА нарушения поведения корректировались препаратами с преимущественно седативным действием, в некоторых случаях хороший эффект наблюдался при приеме препаратов лития за счет стабилизации эмоционального состояния.

При лечении кратковременных депрессивных реакций, обусловленных РА и ПТСР с симптомами тревожного и депрессивного спектра, чаще всего использовались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина:

флувоксамин (флуоксетин), пароксетин (паксил, адепресс, рексетин) и сертралин (стимулотон, асентра).

Из группы трициклических антидепрессантов применялись amitриптилин, имипрамин, кломипрамин и пипофезин (азафен). Amitриптилин назначался при ПТСР с выраженными симптомами тревожно-депрессивного спектра при тяжёлых, суицидально опасных депрессиях. Имипрамин использовали при РА и ПТСР с выраженными депрессивными состояниями, а так же при соматоформном варианте ПТСР с паническими атаками (при обсессивно-компульсивных нарушениях в условиях стационарного лечения). Кломипрамин применяли при РА и ПТСР для купирования депрессивного синдрома с психомоторной заторможенностью, угнетенным настроением и тревожностью, при обсессивно-компульсивных нарушениях, фобиях, панических атаках.

Из антидепрессантов других фармакологических групп применялся агомелатин (вальдоксан), имевший хороший эффект при ПТСР с высоким уровнем тревоги, депрессии, нарушениях сна.

Хороший эффект при лечении ППР, в структуре которых преобладала тревожная и ипохондрическая симптоматика, а также диссомнии отмечался при применении бензодиазепиновых транквилизаторов: феназепама, диазепама, альпрозолама, курсом 2–3 недели, с постепенной отменой.

Феназепам назначался при невротических, неврозоподобных, психопатических и психопатоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью, при навязчивостях, фобиях, ипохондрическом синдроме, при панических реакциях. Диазепам использовался при РА и ПТСР с симптомами тревоги и дисфории, истерическими или ипохондрическими реакциями, дисфориями, фобиями, бессоннице с затруднением засыпания, тревожными сновидениями, в комплексной терапии психосоматических заболеваний: артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Альпрозолам применяли для лечения тревожных расстройств, панических атак, преимущественно для кратковременного снятия чувства беспокойства, страха,

тревоги. Гидроксизин (атаракс) при РА и ПТСР для нормализации сна и купирования тревоги. Тиоридазин (сонапакс) назначался при ПТСР с симптомами фобий, нарушений поведения, обсессивно-компульсивными проявлениями.

Сульпирид в небольших дозах использовался при ПТСР и РА с психосоматическими проявлениями. Лития карбонат применялся для стабилизации психического состояния при взрывном типе ПТСР. Обобщенные сведения о проведенной комбатантам дифференцированной психофармакотерапии клинических вариантов при РА и ПТСР на этапах медицинской реабилитации представлены в таблицах 10 и 11.

Таблица 10

**Дифференцированная психофармакотерапия клинических вариантов расстройств адаптации на этапах
медицинской реабилитации**

Варианты расстройств адаптации		F43.20	F43.21	F43.22	F43.23	F43.24	F43.25
Этапы реабилитации	<i>Психо-диагностический</i>	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик, скрининг анкетирование; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства					
	<i>Стационарный</i>	Сульпририд 2,0 в/м № 5; Сертралин 100 мг утром или Агомелатин 25 мг на ночь; Атаракс 2,0 на ночь № 10	Сульпирид 2,0 в/м, ежедневно № 10; Сертралин 100 мг утром; Альпразолам 0,001 на ночь	Сульпририд 2,0 в/м, ежедневно № 10; Пароксетин 100 мг утром или Агомелатин 25 мг на ночь; Альпразолам 0,001 на ночь	Сульпирид 2,0 в/м, ежедневно № 10; Пароксетин 100 мг утром или Агомелатин 25 мг на ночь; Альпразолам 0,001 на ночь	Тиоридазин 75-100 мг в сутки; Агомелатин 25 мг на ночь; Диазепам 2,0 в/м на ночь № 10	Тиоридазин 75-100 мг в сутки; Агомелатин 25 мг на ночь; Диазепам 2,0 в/м на ночь № 10
	<i>Амбулаторный</i>	Сертралин 100 мг утром	Сульпирид 200 мг в сутки; Сертралин 100 мг утром; Феназепам 0,001 на ночь	Сульпририд 2,0 в/м, ежедневно № 10; Пароксетин 100 мг утром или Агомелатин 25 мг на ночь; Альпразолам 0,001 на ночь	Пароксетин 100 мг утром	Тиоридазин 75-100 мг в сутки; Альпразолам 0,001 на ночь	Тиоридазин 75-100 мг в сутки Агомелатин 25 мг на ночь
	<i>Санаторно-курортный</i>		Сертралин 100 мг утром	Пароксетин 100 мг утром или феварин 100-150 мг утром		Альпразолам 0,001 на ночь	Агомелатин 25 мг на ночь
	<i>Динамической диагностики</i>	Клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое обследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием					
<i>Реадаптации</i>	Клинико-психологическое наблюдение до 3 месяцев, при необходимости продолжение мультимодальной психотерапии, повторное обследование у психиатра и в ЦПД через 6 месяцев						

**Дифференцированная психофармакотерапия клинических вариантов ПТСР
на этапах медицинской реабилитации**

Клинические варианты ПТСР		Тревожный	Астенический	Эксплозивный	Соматоформный
Этапы реабилитации комбатантов с ПТСР	<i>Психо-диагностический</i>	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик, скрининг анкетирование, рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства			
	<i>Стационарный</i>	Сульпирид 2,0 в\м, ежедневно № 10; Феварин 100-150 мг вечером; Феназепам 0,001 на ночь	Сульпирид 2,0 в\м, ежедневно № 10; Сертралин 100 мг утром	Амитриптилин до 75 мг в сутки; Диазепам 2,0 в\м на ночь № 10; Лития карбонат 300 – 600 мг в сутки	Сульпирид 2,0 в\м, ежедневно № 10; Пароксетин 100 мг утром или Агомелатин 25 мг на ночь; Альпразолам 0,001 на ночь
	<i>Амбулаторный</i>	Феварин 100-150 мг утром; Альпразолам 0,001 на ночь	Сертралин 100 мг утром	Пароксетин 100 мг утром или феварин 100-150 мг утром	Пароксетин 100 мг утром
	<i>Санаторно-курортный</i>	Феварин 100-150 мг утром			
	<i>Динамической диагностики</i>	Клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое исследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг-анкетированием			
	<i>Рееадаптации</i>	Клинико-психологическое наблюдение до 6 месяцев, при необходимости продолжение психофармакотерапии (до трех месяцев) преимущественно СИОЗС, с повторным обследованием у психиатра и в ЦПД через 6 месяцев			

Наряду с медикаментозной терапией у комбатантов с ППР применялась психотерапия с учетом сроков реабилитационного лечения, определенных приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних Российской Федерации».

Целью психотерапевтического лечения пациентов с ППР являлась помощь в отреагировании негативных переживаний, изменение отношения к психотравмирующим событиям. Основной трудностью являлось установление доверительного контакта, что связано с особенностями пациентов их выраженным недоверием к окружающему.

При проведении психотерапии на начальном этапе медицинской реабилитации учитывалось наличие «комбатантной акцентуации», в структуре которой имелось сформировавшееся недоверие, нежелание обращаться за помощью, скептицизм, трудности межличностных коммуникаций, повышенная раздражительность и вспыльчивость. Данные особенности часто приводили к конфликтам с медицинским персоналом и психологами. У комбатантов с ПТСР отдавалось предпочтение индивидуальным формам психотерапии, особенно на стационарном этапе, так как коллективная и групповая психотерапия в стадии острой клинической симптоматики вызывали у части лиц с ППР протестные реакции в виде эксплозивных вспышек и диссоциативных симптомов.

Установление эмпатических, доверительных отношений между пациентом и психотерапевтом являлись переломным терапевтическим фактором, необходимым для эффективности терапии. При построении общения в процессе психотерапевтического лечения обязательно учитывались личностные особенности пациентов [28].

Психотерапия, проводимая с комбатантами была направлена на:

- формирование мотивации на лечение и преодоление стигматизированного отношения к лечебному процессу;
- изучение комбатантами своих психологических и личностных особенностей;

- коррекцию моделей реагирования в мирной жизни;
- формирование навыков адаптивного поведения на службе и в быту;
- обучение приемам психической саморегуляции и расширение своих психологических возможностей для обретения контроля над эмоциональными реакциями (табл. 12, 13).

На начальном этапе реабилитации со всеми комбатантами проводилась индивидуальная рациональная психотерапия в классическом варианте по методу Поля Дюбуа – для трактовки характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, формирования мотивации на психотерапевтическое лечение и преодоление стигматизированного отношения к психотерапевтической помощи. Средствами психологического воздействия выступали: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение. Основная цель данного психотерапевтического метода – изучение личности пациента, оценка и коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов больного, определяющих нарушение его психологического и социального функционирования. При этом фиксировались нарушения преимущественно в эмоциональной и поведенческой сферах.

Использование арттерапии способствовало дополнительной диагностике личностных проблем, аффективных нарушений, в дальнейшем дезактуализации травматического события, расширению адаптационных резервов, коррекции самооценки и настроения. Сюжет должен быть связан с особенностями мироощущения комбатантов, чувствами и переживаниями, отражающими стрессовые воздействия. Арттерапия проводилась индивидуально и была эффективна у комбатантов как с расстройствами адаптации, так и ПТСР. Использовались техники живописи и рисунка различными материалами (гуашь, карандаш, масло, акварель, художественный уголь). В зависимости от выбранного самим комбатантом

материала продолжительность сеанса составляла от 30 минут до 1,5 часов, количество сеансов за курс терапии от 3 до 10 раз.

В качестве примера иллюстрирующего теоретический материал приводим работы двух комбатантов с диагнозом ПТСР. Работы выполнены художественным углем.

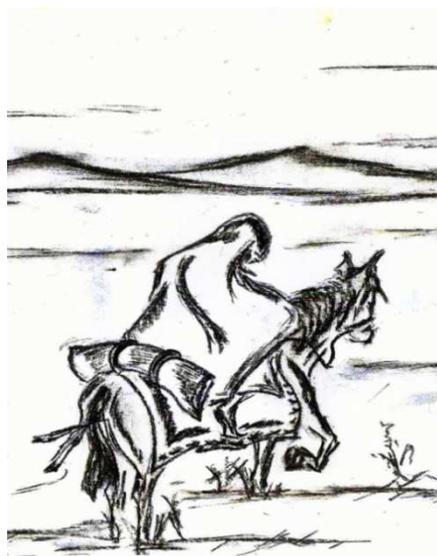


Рис. 1а. Работа комбатанта К.
до лечения. Диагноз: ПТСР,
дисфорический тип



Рис. 1б. Работа комбатанта К.
через месяц терапии.
Диагноз: здоров

При обследовании комбатанта К., 27 лет, после возвращения из СКР были выявлены выраженные эксплозивные и дисфорические симптомы, нарушение коммуникативных процессов, социальная отгороженность, пессимизм, диагноз ПТСР, дисфорический тип (по сюжету – «одинокий всадник», рис. 1а).

После проведенной медико-психологической реабилитации отмечались: улучшение эмоционального фона, редукция основных психопатологических проявлений (сюжет – «гнездо»,рис. 1б).

При обследовании комбатанта М. после возвращения из СКР выявлены выраженные тревожно-депрессивные симптомы, нарушение коммуникативных процессов, социальная отгороженность, пессимизм, диагноз ПТСР (по сюжету – «балерина без ноги», рис. 1а).

После проведенной медико-психологической реабилитации отмечались: стабильность эмоционального фона, уравновешенность, снижение тревоги (сюжет – «журавли», рис. 1б).



Рис. 1а. Работа комбатанта М.
до начала терапии.
Диагноз: ПТСР



Рис. 1б. Работа комбатанта М.
через месяц терапии
Диагноз: здоров

Ведущим методом при работе с комбатантами являлась семейная психотерапия, направленная на восстановление семейных ценностей и межличностных отношений в семье. Акцентировалось внимание ближайшего окружения на необходимости оказания психологической помощи и семейной поддержки комбатантам, разъяснялось, что возвращение в мирную жизнь может сопровождаться сложностями. Членам семьи описывались особенности поведения комбатанта и проблемы, которые возникали после боевого стресса, сообщалось, что они носят непостоянный характер, и семья может помочь с ними справиться. Семейная психотерапия осуществлялась в три этапа:

1. Психодиагностический с учетом особенностей контингента, проводились беседы с супругами пациентов - «союзниками» психотерапевта. Определялась выраженность семейного конфликта. Изучалась «биография» межличностных отношений. Выявлялись особенности коммуникаций в семье, которые во многом зависели от характера работы супруга, переноса типа служебно-боевого реагирования на службе в семью, длительных командировок, характером психических нарушений комбатанта. Женам сообщалось об особенностях психопатологических нарушений у мужей, влияющих на поведение в кругу семьи.

2. Осознание особенностей внутрисемейных отношений. В большинстве случаев определялся «тиранический» тип поведения комбатантов в семье с повышенной требовательностью к супруге, подозрительностью, сверхбдительностью и ревностью, что соответствовало типу «комбатантного» реагирования. Определялась роль супругов в нарастании эмоционального отчуждения, углублении конфликта. Разъяснялись причины данного типа реакции обоим супругам, формировались альтернативные варианты взаимодействия.

3. Реконструкция семейных отношений. Наиболее часто применяемой методикой являлся «конструктивный спор» и «переводчик»: обсуждение конкретных конфликтных ситуаций с ролевыми играми (с обучающей целью), что способствовало эмоциональному сближению, снижению фиксации на проблеме и дезактуализации ситуации. Для формирования наиболее адаптивного варианта межличностной коммуникации в семье, супругам предлагались «домашние задания», направленные на формирование «нового» семейного стереотипа с последующим обсуждением результата на сеансе психотерапии.

В зависимости от глубины конфликта и характера ППР проводилось от 3 до 7 встреч.

К наиболее эффективным методам симптоматической психотерапии относились различные варианты внушения (наяву и в состоянии

гипнотического сна) и самовнушения (элементы аутогенной тренировки, метод Э. Куэ).

Гипносуггестивная психотерапия на стационарном этапе реабилитации проводилась при РА в группах до 10 человек для снятия психоэмоционального напряжения и вегетативных проявлений болезни в виде лечебного гипнотического внушения продолжительностью 40 минут до десяти сеансов. Комбатантам с тревожным и соматоформным вариантами ПТСР, после купирования острой симптоматики, на амбулаторном этапе медицинской реабилитации, 3 раза в неделю для редукции тревоги и аффективных нарушений.

На этапе реадaptации осмотр комбатантов психиатром проводился не реже 1 раза в месяц.

После проведения комплексной поэтапной, полипрофессиональной терапии и реабилитации оценивалась динамика психического статуса комбатантов, для решения вопроса о возможности дальнейшего продолжения службы в МВД России. При сохранении или нарастании психопатологических нарушений с тенденцией к формированию РЛ, комбатанты направлялись на ВВК для решения вопроса о годности к дальнейшей службе в занимаемой должности.

Оптимальная продолжительность этапов медико-психологической реабилитации в зависимости от результатов психопрофилактического обследования в соответствии с пунктами приказа МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних Российской Федерации» представлена в табл.12, 13.

Таблица 12

Дифференцированная психотерапия клинических вариантов расстройств адаптации на этапах медицинской реабилитации

Варианты расстройств адаптации		F43.20	F43.21	F43.22	F43.23	F43.24	F43.25
Этапы реабилитации	<i>Психо-диагностический</i>	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетирование; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства					
	<i>Стационарный</i>	Коллективная гипносуггестивная психотерапия №10; Индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч		Индивидуальная рациональная психотерапия до 14 встреч; Арттерапия; Семейная психотерапия; Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10	Индивидуальная рациональная психотерапия до 14 встреч; Коллективная гипносуггестивная психотерапия №10	Индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; Арттерапия; Семейная психотерапия	
	<i>Амбулаторный</i>	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10. Арттерапия	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; Арттерапия; АТ, произвольное самовнушение по Э. Куэ			Индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10	АТ, Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; Арттерапия
	<i>Санаторно-курортный</i>		АТ, Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10	АТ, Произвольное самовнушение по Э. Куэ; Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; Семейная психотерапия	АТ, Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; Семейная психотерапия		
	<i>Динамической диагностики</i>	Клинический динамический осмотр с оценкой редукции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое исследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием					
	<i>Реадаптации</i>	Клинико-психологическое наблюдение до 3 месяцев, при необходимости продолжение мультимодальной психотерапии, повторное обследование у психиатра и в ЦПД через 6 месяцев					

**Дифференцированная психотерапия клинических вариантов ПТСР
на этапах медицинской реабилитации**

Клинические варианты ПТСР		Тревожный	Астенический	Эксплозивный	Соматоформный
Этапы реабилитации	<i>Психо-диагностический</i>	Экспериментально-психологическое исследование (оценка динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетирование; рационально-разъяснительное клиническое интервью), клинический осмотр с установлением нозологической формы пограничного психического расстройства			
	<i>Стационарный</i>	Индивидуальная рациональная психотерапия до 10 встреч; Арттерапия; Семейная психотерапия			
	<i>Амбулаторный</i>	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; АТ, произвольное самовнушение по Э. Куэ	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10; Семейная психотерапия	Арттерапия; Семейная психотерапия	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10 АТ, произвольное самовнушение по Э. Куэ. Семейная психотерапия
	<i>Санаторно-курортный</i>	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10		Арттерапия; Семейная психотерапия	Коллективная гипносуггестивная психотерапия № 10
	<i>Динамической диагностики</i>	Клинический динамический осмотр с оценкой редуции основных психопатологических симптомов. Экспериментально-психологическое исследование в ЦПД с оценкой динамических социально-психологических характеристик скрининг анкетированием			
	<i>Реадаптации</i>	Клинико-психологическое наблюдение до 6 месяцев, при необходимости продолжение мультимодальной психотерапии, с повторное обследование у психиатра и в ЦПД через 6 месяцев			

3.6. Катамнестическое исследование психического здоровья комбатантов после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях

Проявления ППР у комбатантов часто носят затяжной характер, формируясь в среднем 2–6 месяцев и более, после воздействия психотравмирующей ситуации. РЛ, возникшие вследствие боевой психической травматизации продолжают оставаться одним из наиболее сложных разделов военной психиатрии, как в клинико-диагностическом, динамическом и катамнестическом аспектах [98,129, 145, 159, 164, 166, 170].

Катамнестическое исследование психического здоровья комбатантов проводилось по всем группам комбатантов, оценивалось психосоциальное благополучие, динамика личностных особенностей спустя месяц, год, четыре года после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях.

3.6.1. Психическое здоровье комбатантов через месяц после командировки в зоны с особыми условиями служебной деятельности

Через месяц после командировки у лиц, получавших терапию, произошла частичная редукция основных психопатологических симптомов в структуре выявленных заболеваний.

У комбатантов с РА достоверно ($p < 0,001$) уменьшилась ситуативная вспыльчивость, снизилась раздражительность, редуцировалась апатия. Уменьшилась интенсивность тревожно-фобической симптоматики и выровнялось настроение (рис.2).



Рис. 2. Динамика психопатологических симптомов у комбатантов с РА после проведения терапии, в %.

Примечание: р-рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, здесь и далее в рисунках внутригрупповые различия достоверны при ** - $p < 0,001$, рис 3,4.

У комбатантов с ПТСР значительно уменьшилась интенсивность депрессивной симптоматики ($p < 0,001$), частично редуцировалась тревога ($p = 0,052$), нормализовался сон ($p < 0,001$), снизились ощущения подавленности, пессимизм, безнадежность, избегание ($p < 0,001$), уменьшилось количество «flashback» проявлений ($p < 0,001$), полностью редуцировались просночные галлюциноиды ($p < 0,001$) (рис. 3).



Рис. 3. Динамика психопатологических симптомов у комбатантов с ПТСР после проведения терапии, в %

По результатам теста Бойко, у психически здоровых комбатантов, через месяц после командировки были выявлены сформированные фазы «напряжение» и «резистентность», в структуре последней преобладала редукция профессиональных обязанностей, что снижало уровень их профессиональной надежности и являлось ФР формирования психосоматических нарушений.

Психологическая адаптация была затруднена у комбатантов II группы в связи с наличием симптомов «эмоционального выгорания», сформировавшейся фазы «резистентности» с редукцией профессиональных обязанностей, высокими показателями фазы «истощение» с симптомами эмоциональной отстраненности и высоким риском формирования психосоматических и вегетативных нарушений, что свидетельствовало о необходимости медико-психологической помощи данному контингенту лиц, несмотря на отсутствие четких клинических критериев ППР. У лиц, получавших терапию, в связи с ППР существенно реже встречались симптомы «эмоционального выгорания», наиболее высокие показатели отмечались по шкале «тревога и депрессия» в фазе «напряжения», что обусловлено исходным преобладанием в структуре личности тревожных, застревающих, педантичных черт характера и наличием после участия в ЧС клинически сформировавшихся ППР. У них практически отсутствовала редукция профессиональных обязанностей, что, вероятно, связано с проводимой комплексной терапией и преморбидными особенностями личности (табл. 14).

Таблица 14

Результаты теста Бойко у комбатантов через месяц после последней командировки, Ме (Q1-Q3)

Фазы	Группы, Ме (Q1-Q3)			р-уровень*	р-уровень для попарного сравнения**
	I группа n=338	II группа n=311	III группа n=305		
НАПРЯЖЕНИЯ	32,0 (12,0-54,0)	27,0 (12,0-53,0)	25,0 (18,0-30,0)	<0,001	1=0,172; 2=0,002; 3=0,101
Переживание психотравмирующих обстоятельств	6,0 (1,0-13,0)	6,0 (1,0-13,0)	3,0 (1,0-4,0)	<0,001	1=0,429; 2<0,001; 3<0,001
Неудовлетворенность собой	10,0 (2,0-19,0)	10,0 (2,0-18,0)	2,0 (2,0-4,0)	<0,001	1=0,225; 2<0,001; 3<0,001
Загнанность в клетку	6,0 (2,0-11,0)	6,0 (2,0-11,0)	3,0 (3,0-4,0)	<0,001	1=0,554; 2<0,001; 3<0,001
Тревога и депрессия	9,0 (5,0-16,0)	9,0 (5,0-16,0)	17,0 (9,0-21,0)	<0,001	1=0,820; 2<0,001; 3<0,001
РЕЗИСТЕНЦИЯ	32,0 (27,0-43,0)	32,0 (27,0-43,0)	22,0 (17,0-28,0)	<0,001	1=0,876; 2<0,001; 3<0,001
Неадекватное эмоциональное реагирование	3,0 (1,0-10,0)	3,0 (1,0-10,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,459	-
Эмоционально- нравственная дезориентация	10,0 (2,0-15,0)	10,0 (2,0-15,0)	2,0 (2,0-3,0)	<0,001	1=0,805; 2<0,001; 3<0,001
Расширение сферы экономии энергии	4,0 (1,0-8,0)	4,0 (1,0-8,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,267	-
Редукция профессиональных обязанностей	16,0 (9,0-18,0)	16,0 (9,0-18,0)	11,0 (8,0-21,0)	0,674	-
ИСТОЩЕНИЕ	15,0 (11,0-56,0)	27,0 (12,0-56,0)	24,0 (17,0-29,0)	0,985	-
Эмоциональный дефицит	5,0 (1,0-18,0)	8,0 (1,0-18,0)	3,0 (1,0-4,0)	<0,001	1=0,345; 2<0,001; 3<0,001
Эмоциональная отстраненность	6,0 (1,0-18,0)	10,0 (1,0-18,0)	2,0 (2,0-3,0)	<0,001	1=0,366; 2<0,001; 3<0,001
Личностная отстраненность	4,0 (2,0-6,0)	4,0 (2,0-6,0)	3,0 (2,5-4,5)	<0,001	1=0,448; 2=0,088; 3=0,009
Психосоматические нарушения	8,0 (4,0-16,0)	9,0 (5,0-16,0)	11,0 (8,0-21,0)	<0,001	1=0,368; 2<0,001; 3<0,001

Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, причем 1 – сравнение осуществлялось между I и II группами, 2 – между I и III группами, 3 – между II и III группами; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

При внутригрупповом сравнении, по результатам теста ПТСР Котенева, у комбатантов I группы через месяц после командировки не наблюдалось существенных различий по шкалам: «ложь» ($p=0,236$), «избегание» ($p=0,132$), «наличие признаков ПТСР» ($p=0,783$). Достоверное ($p<0,001$) снижение показателей было выявлено по шкалам: «депрессия», «событие травмы», «повторное переживание психотравмирующего события», «дистресс и дезадаптация». Отмечалось повышение показателей по шкалам «аггравация», «диссимуляция», «гиперактивация», что свидетельствовало о повышении риска формирования состояний психической дезадаптации. По шкале «событие травмы» отмечено значимое снижение, что объясняется вытеснением психотравмирующей ситуации в бессознательное (табл. 15).

У комбатантов II группы значимых внутригрупповых различий через месяц после командировки не отмечалось по всем базовым шкалам, кроме «дистресс и дезадаптация» и «наличие признаков ПТСР», где выявлено существенное снижение, свидетельствующее о редукции симптомов, свойственных для ПТСР (табл. 15).

У комбатантов III группы, получавших терапию в связи с наличием ППР, значимых различий не отмечено по шкалам: «депрессия», «ложь», «повторное переживание травмы». Существенно снизилась «аггравация», «диссимуляция», «гиперактивация», «дистресс и дезадаптация», «наличие признаков ПТСР», усилилась актуальность «события травмы» и симптомы «избегания» (табл. 15), что требует продолжения терапии.

**Частота встречаемости признаков посттравматического
стрессового расстройства в динамике, после возвращения из командировки и через 1 месяц поле предыдущего
обследования, у комбатантов по методу Котенева, $M \pm m$, в баллах (внутригрупповое сравнение)**

Шкалы	I группа n=338		p*	II группа; n = 311		p*	III группа; n =305		p*
	После возвращения	Через месяц		После возвращения	Через месяц		После возвращения	Через месяц	
Депрессии	43,1 \pm 4,9	38,1 \pm 1,9	<0,001	51,6 \pm 7,2	49,6 \pm 4,8	=0,287	33,9 \pm 6,2	33,1 \pm 4,3	=0,978
Лжи	51,8 \pm 4,2	51,0 \pm 2,9	0,236	50,8 \pm 3,2	51,0 \pm 6,1	=0,364	51,4 \pm 4,7	50,9 \pm 11,9	=0,261
Аггравации	45,2 \pm 5,2	49,8 \pm 4,1	<0,001	49,1 \pm 4,6	49,1 \pm 3,4	=0,976	47,8 \pm 2,3	43,7 \pm 9,9	<0,001
Диссимуляции	16,9 \pm 4,2	34,7 \pm 3,9	<0,001	35,1 \pm 4,9	35,0 \pm 3,8	=0,987	27,7 \pm 1,2	22,9 \pm 1,4	<0,001
Событие травмы	29,1 \pm 8,8	19,1 \pm 2,9	<0,001	19,0 \pm 3,2	19,5 \pm 2,6	=0,894	24,3 \pm 2,9	32,1 \pm 1,8	<0,001
Переживание травмы	30,6 \pm 6,2	28,2 \pm 2,9	=0,051	27,7 \pm 5,6	27,6 \pm 3,1	=0,982	30,2 \pm 3,7	31,5 \pm 2,9	=0,123
Избегание	32,6 \pm 6,1	30,6 \pm 3,8	=0,132	30,8 \pm 9,2	30,7 \pm 2,8	=0,899	29,9 \pm 5,1	33,7 \pm 2,1	<0,001
Гиперактивация	18,6 \pm 5,1	26,0 \pm 1,7	<0,001	27,3 \pm 4,1	27,1 \pm 2,8	=0,974	22,7 \pm 3,2	19,4 \pm 2,8	=0,051
Дистресс дезадаптация	33,1 \pm 4,1	21,3 \pm 1,9	<0,001	34,4 \pm 3,7	23,3 \pm 2,7	<0,001	41,9 \pm 2,2	22,6 \pm 2,9	<0,001
Наличие признаков ПТСР	53,4 \pm 5,2	53,9 \pm 7,9	0,783	87,3 \pm 4,2	62,1 \pm 6,7	<0,001	70,3 \pm 8,2	61,1 \pm 7,4	<0,001

*Примечание:** p при внутригрупповом сравнении рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, внутригрупповые различия достоверны при $p \leq 0,001$.

При межгрупповом сравнении частоты встречаемости признаков ПТСР через месяц после командировки у психически здоровых комбатантов в отличие от двух других групп наиболее высокие показатели отмечались по шкале «наличие признаков ПТСР». В I группе шкала «ложь» показывала недостаточную откровенность при обследовании, а высокие показатели по шкале «аггравация» отражали склонность к преувеличению существующих проблем. Остальные шкалы теста имели средние значения (табл. 15).

У комбатантов II группы итоговый показатель так же был существенно выше, чем у комбатантов III группы, в первую очередь, за счет наличия симптома «дистресс и дезадаптация». Они отмечали ухудшение общего самочувствия, эпизодические проблемы со сном, сложности в общении и в быту.

Улиц, III группы получавших терапию, итоговый показатель «наличия признаков ПТСР» был существенно ниже, чем в первых двух группах, но при этом у них сохранялась актуальность травматического события с повторным переживанием психотравмирующих обстоятельств и существенно чаще встречались симптомы избегания (табл.16), что свидетельствовало о необходимости проведения терапии.

Данные полученные при межгрупповом сравнении показывают, что у психически здоровых комбатантов, не получавших медико-психологической помощи, через месяц после командировки возникает негативная динамика психического состояния, с повышением риска формирования различных видов психологической дезадаптации, что может привести к выраженным комбатантным акцентуациям, нарушающим социальное функционирование, психосоматическим нарушениям и ППР.

Частота встречаемости признаков ПТСР через месяц после командировки у комбатантов по методу Котенева, $M \pm m$, в баллах, (межгрупповое сравнение)

Шкалы		Группы, $M \pm m$			*р-уровень для попарного сравнения**
		I группа n=338	II группа n = 311	III группа n =305	
После участия в ЧС	Депрессии	43,1 \pm 4,9	51,6 \pm 7,2	33,9 \pm 6,2	1<0,001;2<0,001;3<0,001
	Лжи	51,8 \pm 4,2	50,8 \pm 3,2	51,4 \pm 4,7	1=0,578; 2=0,598;3=0,365
	Аггравации	45,2 \pm 5,2	49,1 \pm 4,6	47,8 \pm 2,3	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
	Диссимуляции	16,9 \pm 4,2	35,1 \pm 4,9	27,7 \pm 1,2	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
	Событие травмы	29,1 \pm 8,8	19,0 \pm 3,2	24,3 \pm 2,9	1<0,001;2<0,001;3<0,001
	Повторное переживание травмы	30,6 \pm 6,2	27,7 \pm 5,6	30,2 \pm 3,7	1<0,001; 2=0,567;3<0,001
	Избегание	32,6 \pm 6,1	30,8 \pm 9,2	29,9 \pm 5,1	1<0,001;2<0,001;3=0,786
	Гиперактивация	18,6 \pm 5,1	27,3 \pm 4,1	22,7 \pm 3,2	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
	Дистресс и дезадаптация	33,1 \pm 4,1	34,4 \pm 3,7	41,9 \pm 2,2	1=0,565; 2<0,001;3<0,001
	Наличие признаков ПТСР	53,4 \pm 5,2	87,3 \pm 4,2	70,3 \pm 8,2	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
Через месяц	Депрессии	38,1 \pm 1,9	49,6 \pm 4,8	33,1 \pm 4,3	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
	Лжи	51,0 \pm 2,9	51,0 \pm 6,1	50,9 \pm 11,9	1=0,498; 2=0,467;3=0,786
	Аггравации	49,8 \pm 4,1	49,1 \pm 3,4	43,7 \pm 9,9	1=0,654; 2<0,001;3<0,001
	Диссимуляции	34,7 \pm 3,9	35,0 \pm 3,8	22,9 \pm 1,4	1=0,345; 2<0,001;3<0,001
	Событие травмы	19,1 \pm 2,9	19,5 \pm 2,6	32,1 \pm 1,8	1=0,876; 2<0,001;3<0,001
	Повторное переживание травмы	28,2 \pm 2,9	27,6 \pm 3,1	31,5 \pm 2,9	1=0,678; 2=0,876;3<0,001
	Избегание	30,6 \pm 3,8	30,7 \pm 2,8	33,7 \pm 2,1	1=0,789;2<0,001;3<0,001
	Гиперактивация	26,0 \pm 1,7	27,1 \pm 2,8	19,4 \pm 2,8	1=0,543;2<0,001;3<0,001
	Дистресс и дезадаптация	44,0 \pm 1,8	75,4 \pm 11,9	36,1 \pm 3,4	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
	Наличие признаков ПТСР	83,4 \pm 13,9	80,9 \pm 16,1	58,7 \pm 4,1	1<0,001; 2<0,001;3<0,001

*Примечание:** р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, причем 1 – сравнение осуществлялось между I и II группами, 2 – между I и III группами, 3 – между II и III группами.

По методу Р. Кетелла через месяц после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях у комбатантов по основным шкалам теста выявлялись следующие особенности: фактор «А» в I и II группах значимых различий не имел, наиболее высокое значение выявлялось в III группе, что свидетельствовало об их открытости, достаточной общительности, готовности к сотрудничеству в отличие от комбатантов первых двух групп, которые имели коммуникативные затруднения (табл.17).

По фактору «В» существенно меньшие результаты отмечались у комбатантов I группы в отличие от II и III групп, что согласуется с данными теста КОТ при поступлении на службу и говорит о невысоком уровне интеллекта в I группе комбатантов.

Самая низкая эмоциональная устойчивость по фактору «С» выявлялась у психически здоровых лиц, что в совокупности с данными теста Бойко, говорило о наличии высокого напряжения, истощении внутренних ресурсов и, как следствие, приводило к эмоциональным проблемам в виде беспокойства, аффективных колебаний, снижению продуктивности деятельности в отличие от комбатантов II и III групп, у которых работоспособность была несколько выше, но при этом прослеживались элементы эмоциональной ригидности и бесчувствия.

Факторы «Е», «F», «G», «H», «I», «O» и «N» значимых различий не имели и характеризовались средними показателями во всех группах комбатантов.

«L» - подозрительность была существенно выше у лиц, получающих терапию, что отражало наличие осторожности, фиксацию на внутренних переживаниях, склонность к раздражительности.

Фактор «M» был существенно выше во II группе, что отражало склонность к внутренним иллюзиям, самообману и, вероятно, было связано с защитной реакцией по типу вытеснения в бессознательное психотравмирующих событий (табл. 17).

Фактор «Q1» был существенно ниже у комбатантов II группы, что отражало склонность к консерватизму, морализации и нравочениям.

Таблица 17

**Личностные особенности комбатантов по методу Кетелла через месяц после возвращения из командировки,
Ме (Q1-Q3)**

Шкалы	Группы, Ме (Q1-Q3)			р- уровень *	р-уровень для попарного сравнения**
	I группа	II группа	III группа		
А-общительность	5,0 (3,0-7,0)	5,0 (3,0-7,0)	7,0 (6,0-9,0)	<0,001	1=0,325; 2<0,001; 3<0,001
В-интеллектуальность	3,0 (2,0-6,0)	6,0 (2,0-7,0)	7,0 (5,5-8,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
С- эмоциональная устойчивость	5,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-8,0)	7,0 (6,0-9,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Е – доминантность	5,0 (4,0-8,0)	5,0 (4,0-6,0)	6,0 (5,0-7,0)	<0,001	1=0,004; 2=0,009; 3<0,019
F- беспечность	5,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)	<0,001	1<0,051; 2<0,031; 3<0,075
G- настойчивость	5,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-7,0)	6,0 (6,0-7,0)	<0,001	1<0,013; 2<0,016; 3=0,002
Н- смелость в контактах	5,0 (3,7-7,0)	6,0 (5,0-8,0)	5,0 (4,0-6,0)	<0,001	1<0,031; 2=0,122; 3<0,033
І- эмоциональная чувствительность	5,0 (3,0-7,0)	5,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-6,0)	<0,001	1=0,155; 2<0,011; 3=0,049
L-подозрительность	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-7,0)	<0,001	1=0,001; 2<0,001; 3<0,001
М-мечтательность	4,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-7,0)	4,0 (3,0-5,0)	<0,001	1<0,001; 2=0,035; 3<0,001
Н-дипломатичность	5,0 (4,0-7,0)	6,0 (3,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)	0,211	-
О –тревожность	5,0 (3,0-7,0)	5,0 (3,0-6,0)	5,0 (3,0-6,0)	0,651	-
Q1– восприимчивость к новому	5,0 (4,0-7,0)	4,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-8,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Q2 – самостоятельность	5,0 (3,0-6,0)	6,0 (4,0-8,0)	4,0 (3,0-6,0)	<0,001	1<0,001; 2=0,001; 3<0,001
Q3- самодисциплина	7,0 (5,0-8,0)	6,0 (6,0-7,0)	7,0 (3,0-9,0)	0,452	-
Q4- напряженность	5,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-6,0)	5,0 (2,0-8,0)	<0,001	1<0,232; 2=0,339; 3<0,001
F1 –тревожность	4,0 (2,0-6,0)	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	0,694	-
F2- интраверт-экстраверт	4,0 (4,0-6,0)	4,0 (4,0-5,0)	5,0 (4,0-6,0)	0,873	-
F3 -сензитивность	6,0 (4,0-7,0)	5,0 (4,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)	<0,001	1=0,006; 2=0,492; 3<0,031
F4 конформность-независимость	4,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-5,0)	3,0 (3,0-4,0)	<0,001	1=0,017; 2<0,101; 3<0,231

Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, причем 1 – сравнение осуществлялось между I и II группами, 2 – между I и III группами, 3 – между II и III группами

В отличие от комбатантов III группы, у которых показатель был существенно выше, что свидетельствовало о готовности восприятия нового, умеренной либеральности взглядов и наличии интеллектуальных интересов. Согласно фактору «Q2», комбатанты I группы были наименее зависимы от мнения окружающих и не нуждались в поддержке в отличие от II группы. Респонденты III группы, были наиболее социальными, принимали решения с учетом мнения окружающих, были ориентированы на социальное одобрение.

Факторы «Q3», «Q4», «F1», «F2», «F3», «F4» существенных межгрупповых различий не имели (табл. 17).

Таким образом, через месяц после возвращения из командировки, у психически здоровых комбатантов отмечалось формирование комбатантной акцентуации личности и симптомов эмоционального выгорания с редукцией профессиональных обязанностей, что требует проведения психокоррекционных мероприятий. У комбатантов, имевших в анамнезе ТАПР, заострялись преморбидные личностные черты, усиливалась аффективная нестабильность, категоричность и консерватизм. У комбатантов, получающих терапию в связи с ППР, через месяц на фоне значительной редукции психопатологической симптоматики сохранялась склонность к социально-одобряемым формам поведения, при этом формировалась эмоциональная ограниченность – «бесчувственность», что свидетельствует о необходимости дальнейшего проведения комплексной терапии.

3.6.2. Психическое состояние комбатантов через год после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях

Через год после последней командировки при проведении скрининг-анкетирования достоверно чаще комбатанты первых двух групп отмечали наличие жалоб соматического характера: болевые ощущения в различных частях тела, ощущение перебоев в работе сердца; периодически возникающие

боли в левой половине грудной клетки в отличие от комбатантов III группы, где данные симптомы встречались существенно реже (табл. 18).

Так же значительно чаще в первых двух группах встречались жалобы на проблемы с психическим состоянием: чрезмерная раздражительность в быту; нарушения сна с эпизодическими сновидениями боевого содержания; спонтанно возникающие ощущения страха и тревоги, сложность в контроле поведения со вспышками гнева. Они жаловались на «потерю радости» с притуплением эмоций и внутренним опустошением. У них существенно чаще, в отличие от лиц, получавших терапию, возникали эпизоды внутреннего напряжения и наплывы мыслей о боевых операциях; они достоверно чаще ощущали изолированность от тех, кто не воевал; перестали доверять людям как раньше, чаще отмечали повышенную утомляемость, агрессивную настроенность на окружение, ощущение несправедливости жизни. При этом комбатанты трех групп одинаково часто желали снова участвовать в боевых действиях (табл. 18).

Получать эмоциональную разрядку с помощью употребления алкоголя чаще предпочитали комбатанты I и II групп, а с помощью занятий спортом лица, получавшие терапию. Комбатанты I группы успокаивались с помощью общения в социальных сетях в Интернете, так же в данной группе значимо чаще встречались верующие. Комбатанты II группы были склонны к промискуитету в отличие от I и III групп (табл. 19).

Показатели субъективной самооценки психического состояния комбатантами трех групп, через год после последней командировки (абс. - %)

Признак	Группы, абс.ч.-%						χ^2	p-уровень при попарном сравнении*
	I группа n=338		II группа n=311		III группа n=305			
	n	%	n	%	n	%		
Болевые ощущения в разных частях тела	158	46,7	197	63,5	62	20,3	118,6	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Ощущение перебоев в работе сердца	77	22,8	128	41,3	29	9,5	84,7	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Боли в левой половине грудной клетки	101	29,9	230	74,2	62	20,3	212,0	1<0,001; 2=0,016; 3<0,001
Раздражительность	258	76,3	277	89,4	140	45,9	148,2	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Перепады настроения	256	75,7	262	84,5	90	29,5	233,7	1=0,020; 2<0,001; 3<0,001
Нарушения сна	203	60,1	241	77,7	140	45,9	66,0	1<0,001; 2=0,001; 3<0,001
Сновидения о боевых действиях	258	76,3	249	80,3	98	32,1	191,3	1=0,750; 2<0,001; 3<0,001
Ощущения страха, тревоги	250	74,0	246	79,4	62	20,3	272,0	1=0,369; 2<0,001; 3<0,001
Сложность в контроле поведения	215	63,6	243	78,4	43	14,1	280,4	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Вспышки гнева	180	53,3	174	56,1	62	20,3	99,7	1=1,000; 2<0,001; 3<0,001
Ночные тревожные состояния	65	19,2	125	40,3	29	9,5	86,6	1<0,001; 2=0,001; 3<0,001
Конфликтность в семейных отношениях	224	66,3	213	68,7	62	20,3	184,9	1=1,000; 2<0,001; 3<0,001
Сложность в общении с людьми	164	48,5	223	71,9	43	14,1	210,1	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Потеря радости жизни	178	52,7	99	31,9	62	20,3	75,8	1<0,001; 2<0,001; 3=0,003
Утомляемость	96	28,4	173	55,8	29	9,5	155,3	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Ощущение пустоты	146	43,2	162	52,3	62	20,3	70,2	1=0,070; 2<0,001; 3<0,001

Примечание: p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона; * с поправкой Бонферрони, уровень статистической значимости $p \leq 0,001$, в таблицах 18,19,20

Таблица 19

Показатели субъективной самооценки психического состояния комбатантами трех групп, через год после последней командировки (абс. - %),(продолжение)

Признак	Группы, абс.ч.-%						χ^2	p-уровень при попарном сравнении*
	I группа n=338		II группа n=311		III группа n=305			
	n	%	n	%	n	%		
Внутреннее напряжение	222	65,7	223	71,9	43	14,1	249,7	1=0,295; 2<0,001; 3<0,001
Наплыв мыслей о боевых действиях	249	73,7	265	85,5	58	19,0	323,7	1=0,001; 2<0,001; 3<0,001
Изоляция	141	41,7	195	62,9	25	8,2	198,8	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Отчужденность	160	47,3	93	30,0	58	19,0	60,0	1<0,001; 2<0,001; 3=0,005
Чувство вины	48	14,2	149	48,1	25	8,2	161,0	1<0,001; 2=0,047; 3<0,001
Подозрительность	123	36,4	233	75,2	58	19,0	207,8	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Агрессивность	215	63,6	125	40,3	85	27,9	86,3	1<0,001; 2<0,001; 3=0,004
Рассеянность внимания	99	29,3	73	23,5	62	20,3	7,2	1=0,357; 2=0,026; 3=0,879
Забывчивость	50	14,8	64	20,6	29	9,5	15,0	1=0,159; 2=0,120; 3<0,001
Снижение памяти	85	25,1	81	26,1	62	20,3	3,3	-
Страх перед неизвестной болезнью	98	29,0	70	22,6	71	23,3	4,3	-
Ощущение несправедливости жизни	134	39,6	241	77,7	41	13,4	261,8	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Поехал бы с желанием в зону боевых действий	223	66,0	79	66,9	197	64,6	0,254	-

Способы снятия напряжения у комбатантов через год после командировки (абс.,%)

	Группы, абс.,%						χ^2	р-уровень*	р-уровень при попарном сравнении**
	I n=338		II n=311		III n=305				
	n	%	n	%	n	%			
СПОСОБЫ СНЯТИЯ НАПРЯЖЕНИЯ									
алкоголь	175	48,2	125	59,7	19	6,2	206,3	<0,001	1=0,009; 2<0,001; 3<0,001
интернет	75	22,2	59	19,0	51	16,7	3,1	0,212	-
религия	41	12,1	25	8,1	25	8,2	4,0	0,132	-
женщины	39	11,5	148	47,7	12	3,9	206,3	<0,001	1<0,001; 2=0,001; 3<0,001
природа	37	10,9	53	17,1	157	51,5	155,8	<0,001	1=0,074; 2<0,001; 3<0,001
спорт	65	19,2	30	9,7	123	40,3	85,8	<0,001	1=0,001; 2<0,001; 3<0,001
работа	66	19,5	28	9,0	13	4,3	39,7	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3=0,051
ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ									
каждую неделю	260	76,9	273-	88,1	24	7,9	480,7	<0,001	1=0,001; 2<0,001; 3<0,001
не употребляет	6-	1,8	6	1,9	155	50,8	344,1	<0,001	1=1,000; 2<0,001; 3<0,001
редко	72	21,3	31	10,0	126	41,3	84,7	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
ПОВЕДЕНИЕ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ									
агрессивность	112	33,1	151	48,7	192	63,0	57,3	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3=0,001
веселье	70	20,7	25	8,1	4	1,3	67,5	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
обида	156	46,2	134	43,2	109	35,7	7,5	0,024	1=1,000; 2=0,022; 3=0,186
ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРА									
безразличие	56	16,6	104	33,5	22	7,2	71,2	<0,001	1<0,001; 2 <0,001; 3<0,001
нет изменений	43	12,7	15	4,8	65	21,3	37,1	<0,001	1=0,001; 2=0,011; 3<0,001
жесткий	134	39,6	90	29,0	33	10,8	68,6	<0,001	1=0,012; 2<0,001; 3<0,001
сильный	105	31,1	69	22,3	176	57,7	90,3	<0,001	1=0,031; 2<0,001; 3<0,001

Значимо большее количество полицейских, употреблявших алкоголь каждую неделю, встречалось в I и II группах, при этом комбатанты III группы чаще страдали дезадаптивными формами поведения в состоянии алкогольного опьянения в форме агрессии. Изменения в характере после участия в боевых действиях в виде безразличия и жесткости чаще выявлялись во II группе, они реже отмечали, что стали сильнее, по сравнению с I и III группами. Комбатанты III группы, реже отмечали изменения в сексуальной активности в отличие от первых двух групп, где чаще наблюдалось как снижение сексуальной активности, так и ее усиление (табл. 20).

При проведении экспериментально-психологического обследования по методу Леонгарда в модификации С. Шмишека через год после командировки в СКР в структуре личности у комбатантов I группы заострились гипертимная и возбудимая акцентуации, которые были ведущими и при поступлении на службу. В группе лиц с ТАПР были одинаково выражены демонстративный и гипертимный типы акцентуации характера. У комбатантов, получавших терапию в связи с наличием ППР в анамнезе, по-прежнему преобладали тревожные и педантичные черты характера (табл. 21).

Данные теста Леонгарда в модификации Шмишека, подтверждались результатами методики СМИЛ: в I группе комбатантов пики профиля выявлены по шкалам «оптимистичность» и «импульсивность», что отражает в структуре личности преобладание гипертимных особенностей с непосредственностью поведения, отсутствием фиксации на негативных событиях, тенденцию к легковесности восприятия окружающего и склонность к спонтанным поступкам, под воздействием внешних обстоятельств.

**Акцентуации характера по методу К. Леонгарда
в модификации Шмишека у комбатантов через год после командировки,
M±m, баллы**

Тип акцентуации характера	Группы, Me (Q1-Q3)			р-уровень*	р-уровень для попарного сравнения**
	I группа n=338	II группа n=310	III группа n=304		
Гипертимный	21,0 (18,0-22,)	21,0 (17,0-22,0)	10,0 (7,0-12,0)	<0,001	1=0,780 2<0,001 3<0,001
Застревающий	10,0 (7,0-12,0)	10,0 (7,0-12,0)	12,0 (11,0-21,0)	<0,001	1=0,817 2<0,001 3<0,001
Эмотивный	10,0 (4,0-12,0)	10,0 (4,0-13,0)	9,0 (8,0-18,0)	<0,001	1=0,824 2<0,001 3<0,001
Педантичный	9,0 (7,0-11,2)	9,0 (7,0-11,0)	16,0 (12,0-17,)	<0,001	1=0,842 2<0,001 3<0,001
Тревожный	8,0 (6,0-8,0)	8,0 (7,0-9,0)	21,0 (19,0-23,0)	<0,001	1=0,558 2<0,001 3<0,001
Циклотимический	9,0 (7,0-13,0)	10,0 (7,0-14,0)	7,0 (5,0-9,0)	<0,001	1=0,150 2<0,001 3<0,001
Демонстративный	19,0 (18,0-21,0)	21,0 (19,0-21,0)	8,0 (6,0-12,0)	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Возбудимый	17,0 (8,0-19,0)	19,0 (17,0-21,0)	8,0 (6,0-11,0)	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Дистимический	10,0 (8,0-14,0)	10,0 (8,0-14,0)	9,0 (7,0-11,0)	<0,001	1=0,929 2<0,001 3<0,001
Экзальтированный	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (5,0-8,0)	2,0 (2,0-3,0)	<0,001	1=0,892 2<0,001 3<0,001

*Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** в случае попарного сравнения р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между 1 и 2 гр., 2 – между 1 и 3 гр., 3 – между 2 и 3 гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.*

У комбатантов II группы в профиле СМИЛ преобладающими являлись оптимистичность и индивидуалистичность при высокой шкале «импульсивность». Профиль свидетельствовал о своеобразии восприятия окружающего, повышенном фоне настроения, склонности не типично воспринимать окружающее со спонтанными действиями, неожиданными для окружающих.

В III группе после перенесенных ППР в структуре личности выявлялась повышенная тревожность с индивидуалистичностью, у них заострились исходно присущие личностные черты и усилилась социальная интравертированность (табл. 22).

Динамика профиля СМИЛ через год после командировки у комбатантов трех групп, Ме (Q1-Q3)

Шкалы СМИЛ	Группы, Ме (Q1-Q3)			р-уровень б*	р-уровень для попарного сравнения**
	1 гр., n=338	2 гр., n=310	3 гр., n=304		
L	47,0 (37,0-49,0)	47,0 (37,0-53,5)	47,0 (37,0-55,0)	0,768	-
F	46,0 (38,0-51,5)	47,0 (39,0-50,0)	44,0 (32,2-50)	0,191	-
K	53,5 (49,0-62,0)	54,0 (49,0-62,)	53,0 (49,0-60,0)	0,368	-
Невротический сверхконтроль	42,0 (34,0-47,0)	43,0 (34,0-47,0)	48,0 (44,0-54,0)	<0,001	1=0,870;2<0,001;3<0,001
Пессимистичность	48,0 (41,0-53,0)	46,5 (41,0-53,0)	51,0 (45,0-56,7)	<0,001	1=0,753; 2<0,001;3<0,001
Эмоциональная лабильность	54,0 (42,0-89,0)	45,0 (36,0-49,2)	49,0 (43,0-55,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
Импульсивность	61,0 (54,0-70,0)	57,0 (52,0-63,0)	54,0 (45,0-61,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001;3<0,001
Мужественность	55,0 (47,0-62,0)	53,0 (45,0-63,0)	51,5 (44,2-59,0)	0,006	1=0,867; 2=0,004;3=0,008
Ригидность	45,0 (39,0-51,5)	44,5 (39,0-50,0)	47,0 (39,0-53,0)	0,704	-
Тревожность	33,0 (26,6-46,0)	34,0 (27,0-49,0)	54,0 (49,0-61,0)	<0,001	1=0,212; 2<0,001;3<0,001
Индивидуалистичность	52,0 (43,0-62,0)	58,0 (48,0-66,0)	58,0 (50,0-66,0)	<0,001	1<0,001; 2<0,001;3=0,704
Оптимистичность	65,0 (62,0-69,0)	65,0 (61,0-69,0)	55,0 (44,2-63,7)	<0,001	1=0,849; 2<0,001;3<0,001
Социальная интровертированность	41,0 (33,0-48,0)	41,0 (33,0-48,2)	46,0 (38,0-54,0)	<0,001	1=0,933; 2<0,001;3<0,001

Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** в случае попарного сравнения р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между 1 и 2 гр., 2 – между 1 и 3 гр., 3 – между 2 и 3 гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

По данным теста КОТ, существенных различий между исследованными группами не наблюдалось по следующим шкалам: «гибкость мыслительных процессов» и «внимание», остальные данные остались на исходном уровне с преобладанием существенных различий в интегральном показателе интеллекта у комбатантов, перенесших ППР (табл. 23).

Таблица 23

**Особенности интеллекта и мыслительной деятельности у комбатантов
через год после последней командировки, Ме (Q1-Q3)**

Признак	Группы, Ме (Q1-Q3)			р-уровень*	р-уровень для попарного сравнения**
	I гр n=338	II гр n=310	III гр n=304		
Общий показатель интеллекта	18,0 (16,0-19,0)	18,0 (16,0-18,0)	24,0 (22,0-27,0)	<0,001	1=0,520 2<0,001 3<0,001
Способность к обобщению и анализу	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-7,0)	<0,001	1=0,506 2<0,001 3<0,001
Пространственное мышление	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (4,0-6,0)	<0,001	1=0,216 2<0,001 3<0,001
Устойчивость мышления	3,0 (2,0-6,0)	4,0 (2,0-6,0)	5,0 (4,0-6,0)	<0,001	1=0,008 2<0,001 3<0,001
Гибкость мыслительных процессов	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	0,126	
Внимание	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	5,0 (2,0-5,0)	0,091	-

Примечание. * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** в случае попарного сравнения р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между 1 и 2 гр., 2 – между 1 и 3 гр., 3 – между 2 и 3 гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,01$.

Таким образом, через год после участия в боевых действиях у комбатантов заостряются исходно присущие личностные особенности, во всех группах появляется склонность к спонтанным импульсивным поступкам, что подтверждает данные Ю.Ю. Стрельниковой (2014), но противоречит тому, что для сотрудников МВД России в динамике профессиональной деятельности

характерен смешанный тип реагирования, пессимизм в оценках, интравертированность, настороженность, индивидуальность, повышенная фрустрация, субдепрессивный фон настроения.

3.6.3. Психическое состояние у комбатантов через четыре года после участия в оперативно-служебных мероприятиях в особых условиях

Психическое состояние комбатантов перенесших ППР, через четыре года после командировки характеризовалось наличием остаточной симптоматики форме ограниченности межличностной коммуникативности, ангедонии, периодически возникающих аффективных реакций в быту в форме недовольства, гнева. Такая же клиническая симптоматика отмечалась во второй группе комбатантов и требовала проведения терапии.

Динамика личностных особенностей по тесту СМИЛ у комбатантов I группы через четыре года характеризовалась усилением исходно высокой импульсивности, достоверно выросла ригидность, что в совокупности с погранично высоким показателем шкалы F свидетельствовало о появлении в структуре личности дисгармоничности, склонности к аффективным реакциям и низком уровне конформности (рис.4).

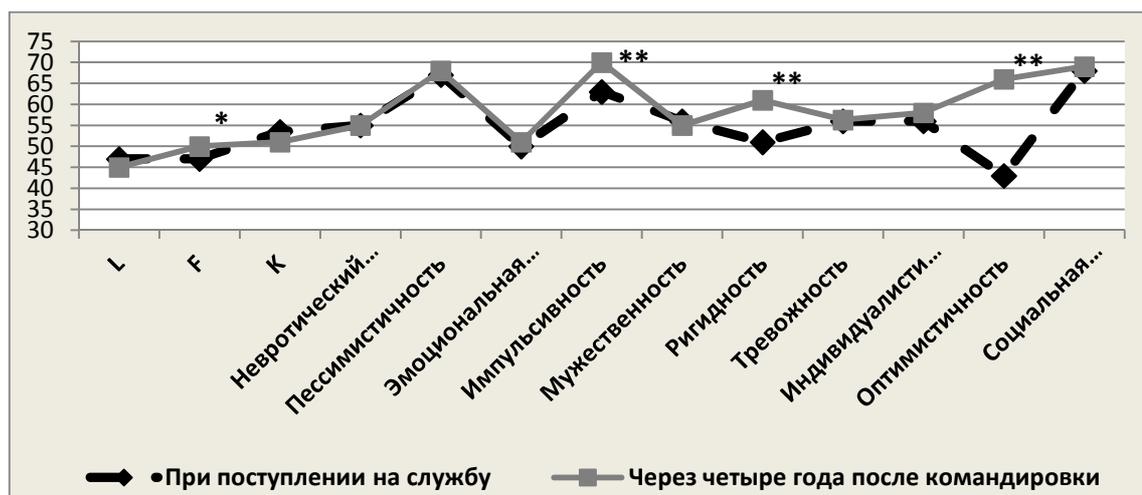


Рис 4. Динамика личностного профиля СМИЛ у комбатантов I группы, при поступлении на службу и через четыре года после последней командировки, Т баллы
Примечание: р-рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, здесь и далее в рисунках внутригрупповые различия достоверны при ** - $p < 0,001$, рис 5,6,7.

Во II группе в процессе службы достоверно увеличилась «эмоциональная лабильность, ригидность, мужественность и индивидуалистичность, преобладали эмоции над рациональностью, была характерна демонстративность в сочетании с упрямством и жесткостью. Лица с данным типом склонны к формированию конверсионных нарушений (рис. 5)

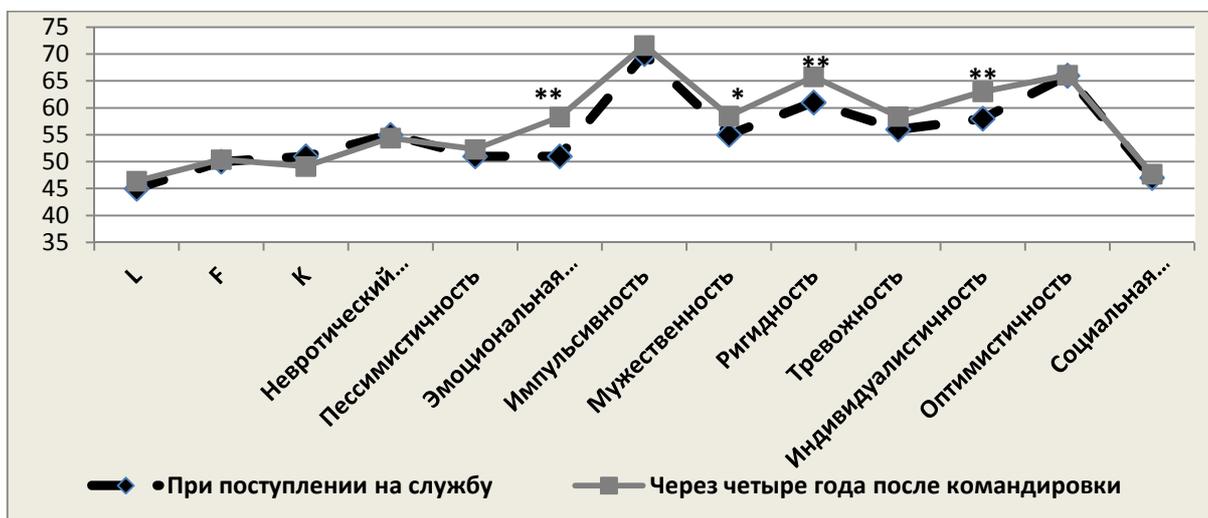


Рис 5. Динамика личностного профиля СМЛЛ у комбатантов II группы, при поступлении на службу и через четыре года после последней командировки, Т баллы

В III группе комбатантов произошло существенное увеличение невротического сверхконтроля с пессимистичностью, нарастанием ригидности и тревожности что свидетельствовало о наличии в структуре личности выраженного невротического радикала после перенесенных ППР вследствие боевой психической травматизации (рис. 6).

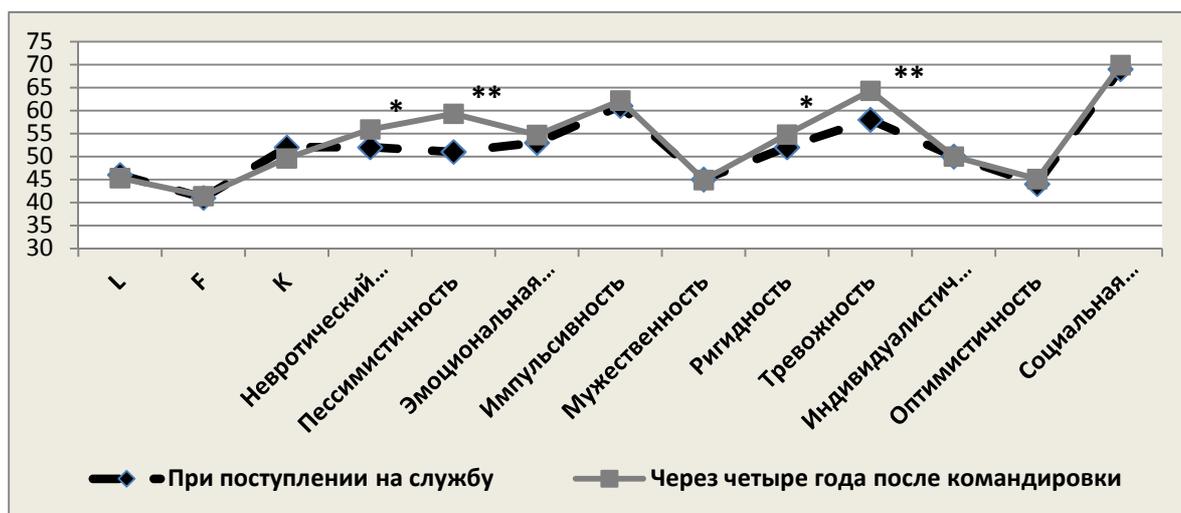


Рис 6. Динамика личностного профиля СМЛЛ у комбатантов III группы, при поступлении на службу и через четыре года после последней командировки, Т баллы

У них остается высокий риск формирования дезадаптивных состояний в рамках ППР, что требует психопрофилактической работы с применением психотерапии.

При экспериментально-психологическом обследовании по методу Басса-Дарки у лиц I и II групп достоверно чаще выявлялось дезадаптивное реагирование в форме негативизма, обиды с чувством вины, враждебности, а так же был значимо выше УАМ в отличие от комбатантов III группы (табл. 24).

Таблица 24

**Частота встречаемости форм агрессивного поведения
по методу Басса-Дарки у комбатантов через четыре года после
командировки, Me (Q1-Q3) баллы**

Переменные	Комбатанты Me (Q1-Q3)			p-уровень для попарного сравнения* *	p- уровень *
	I гр. n=338	II гр. n=311	III гр. n=305		
Физическая агрессия	7,0 (5,0-9,0)	8,0 (6,0-9,0)	7,0 (5,0-8,0)	1<0,001 2=0,900 3<0,001	<0,001
Косвенная агрессия	6,0 (4,0-7,0)	6,0 (5,0-7,0)	5,0 (4,0-6,0)	1=0,678 2<0,001 3<0,001	<0,001
Раздражительность	5,0 (3,0-7,0)	5,0 (3,0-7,0)	5,0 (3,0-5,0)	1=0,695 2<0,001 3<0,001	<0,001
Негативизм	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	3,0 (2,0-4,0)	1=0,982 2<0,001 3<0,001	<0,001
Обида	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	3,0 (3,0-4,5)	-	0,128
Подозрительность	4,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-5,0)	1=0,838 2=0,002 3=0,004	0,003
Вербальная агрессия	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)	-	0,177
Чувство вины	4,0 (3,0-6,0)	4,0 (3,0-6,0)	3,0 (3,0-5,0)	1=0,785 2=0,001 3<0,001	<0,001
УАМ	20,0 (16,0-26,0)	20,0 (16,0-25,0)	17,0 (14,0-22,0)	1=0,944 2<0,001 3<0,001	<0,001
Враждебность	8,0 (5,0-9,0)	7,0 (5,0-9,0)	6,0 (4,0-8,0)	1=0,305 2<0,001 3<0,001	<0,001

Примечание: * p рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; **p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – I и II гр., 2 – между I и III гр., 3 – между II и III гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

Итоговый показатель шкалы И.О. Котенева «наличие признаков ПТСР», через четыре года был существенно у комбатантов I группы. У них были повышены результаты по шкалам «агрессия», «диссимуляция», «симптомы гиперактивации» с достоверно более низкими баллами по шкале «дистресс и дезадаптация» по сравнению с другими группами респондентов, что вероятно, свидетельствует о закрытости обследуемых, росте недоверия и нежелании раскрывать имеющиеся проблемы (табл. 25).

Во II группе респондентов, при невысоком итоговом значении шкалы «наличие признаков ПТСР» и повышенных значений по шкале «ложь», отмечался очень высокий показатель наличия «дистресса и дезадаптации», повышения шкалы «избегание психотравмирующего события», что может говорить о декомпенсации акцентуаций характера, наличии выраженной невротизации и необходимости проведения полипрофессиональной терапии (табл. 25).

У комбатантов III группы, результаты всех шкал были существенно ниже чем в остальных группах комбатантов, кроме «событие травмы», и шкалы «ложь», которая не имела значимых различий. Это говорит об актуальности травмирующего события, что требует проведения психопрофилактической работы с использованием психотерапии (табл. 25).

Частота встречаемости признаков ПТСР у комбатантов по методу И.О. Котенева через четыре года после возвращения из командировки, Me (Q1-Q3) баллы.

Переменные	Комбатанты Me (Q1-Q3)			p-уровень для попарного сравнения**	p-уровень*
	I гр, n=338	II гр, n=311	III гр, n=305		
Ложь	52,0 (29,0-56,0)	55,0 (41,7-59,0)	55,0 (42,0-59,0)	1<0,001; 2<0,001; 3=0,297	<0,001
Аггравация	55,0 (41,0-59,0)	50,0 (37,0-57,0)	48,0 (35,0-57,0)	1<0,001; 2<0,001; 3=0,169	<0,001
Диссимуляция	45,0 (35,0-56,0)	40,0 (11,0-54,0)	20,5 (9,0-48,0)	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001	<0,001
Событие травмы	10,0 (6,0-14,0)	13,0 (9,0-26,0)	23,0 (12,0-34,0)	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001	<0,001
Симптомы вторжения	27,0 (22,0-34,0)	26,0 (21,0-36,0)	27,0 (22,5-35,0)	-	0,053
Симптомы избегания	27,0 (23,0-35,0)	31,5 (24,0-36,0)	28,0 (22,0-35,0)	-	0,136
Симптомы гиперактивации	34,0 (26,0-40,0)	27,0 (14,0-34,5)	21,0 (12,0-33,0)	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001	<0,001
Дистресс и дезадаптация	14,0 (11,0-24,0)	92,0 (21,0-112,0)	24,0 (12,0-72,0)	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001	<0,001
Наличие признаков ПТСР	85,0 (23,0-111,0)	69,5 (49,0-121,0)	68,0 (51,5-89,5)	1=0,116; 2=0,114; 3=0,017	0,032

Примечание: * p рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** в случае попарного сравнения p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между I и II гр., 2 – между I и III гр., 3 – между II и III гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

Согласно показателя фактора «А» теста Р. Кетелла, динамика личностных особенностей комбатантов I группы через четыре года после участия в служебно-боевых операциях, характеризовалась наличием циклотимности, легкостью в общении, добродушием, готовностью к сотрудничеству, внимательностью к людям, приверженностью к деятельности, связанной с социальным значением, готовностью работать в группе, конструктивным восприятием критики.

Респонденты II группы взаимоотношений с людьми не избегали, но собственная активность в установлении и сохранении контактов невысокая, и избирательны в общении; имели небольшой круг друзей и знакомых, которые близки по интересам и ценностным ориентациям, с которыми чувствовали себя комфортно. Похожие характеристики, без существенных различий, по данному фактору имели и комбатанты III группы.

При сравнении показателей по фактору «В» интеллектуальные показатели были существенно ниже у комбатантов I и II групп в отличие от III группы.

Фактор «С» имел более высокие значения у лиц I группы, что характеризовало их как эмоционально устойчивых, трезво оценивающих ситуацию и окружающую действительность, с достаточной способностью к соблюдению общественных моральных норм. Во II группе, напротив, определялась склонность к избеганию действительности, невротизация, раздражительность, эмоциональная возбудимость, склонность к формированию фобий и психосоматических расстройств. В III группе были выявлены средние показатели эмоциональной устойчивости, которые, тем не менее, были существенно выше чем у лиц II группы (табл. 26).

Значимых различий между группами не было выявлено по показателям фактора «Е», который показывал наличие в структуре личности осторожности, рассудительности, избирательности в социальных контактах.

Личностные особенности комбатантов по методу Кетелла через четыре года после командировки, Ме (Q1-Q3)

Фактор	Группы, Ме (Q1-Q3)			р-уровень*	р-уровень для попарного сравнения**
	I группа n=338	II группа n=311	III группа n=305		
А - общительность	7,3(9-2)	5,3 (6-2)	4,3 (6-2)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
В - интеллектуальность	5,1 (6-2)	5,1 (6-3)	6,7 (8-1)	<0,001	1=0,665; 2<0,001; 3<0,001
С – эмоциональная устойчивость	6,9 (9-3)	3,2 (4-1)	4,9 (8-2)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Едоминантность	5,1 (6-3)	5,1 (6-2)	5,4 (8-1)	0,678	1=6,573; 2=5,345; 3=6,354
Гбеспечность	6,7 (8-3)	4,9 (6-3)	4,3 (7-3)	<0,001	1<0,001; 2=5,344; 3<0,001
Гнастойчивость	3,8 (18-2)	3,4 (6-2)	7,9 (7-2)	<0,001	1=0,567; 2<0,001; 3<0,001
Н- смелость в социальных контактах	4,9 (6-1)	5,1 (7-3)	5,2 (7-2)	0,736	-
І – эмоциональная чувствительность	6,3 (7-2)	6,5 (7-2)	6,4 (8-1)	0,598	-
Л -подозрительность	5,1 (6-3)	4,9 (6-2)	5,2 (7-2)	0,783	-
М -мечтательность	3,9 (4-3)	4,1 (6-2)	6,8 (8-3)	<0,001	1<0,001; 2<0,001; 3<0,001
Н -дипломатичность	3,9 (4-1)	4,0 (5-3)	6,9(6-2)	<0,001	1=0,567; 2<0,001; 3<0,001
О тревожность	4,7 (5-2)	4,8(5-1)	7,4 (8-4)	<0,001	1=0,634; 2<0,001; 3<0,001
Q1 – восприимчивость к новому	6,2 (7-3)	6,3(7-2)	7,1 (7-2)	<0,001	1=0,626; 2<0,001; 3<0,001
Q2 «зависимость от группысамостоятельность	6,1 (8-1)	6,0 (7-3)	5,9 (7-3)	0,458	-
Q3 самодисциплина	5,2 (6-2)	5,3 (7-4)	5,2 (7-2)	0,679	-
Q4 напряженность	4,0(5-2)	4,2 (5-2)	5,1 (6-1)	<0,001	1=0,437; 2<0,001; 3<0,001
F1 тревожность	3,6 (6-1)	3,8 (5-2)	5,8 (5-1)	<0,001	1=0,563; 2<0,001; 3<0,001
F2 «интраверт-экстраверт»	7,1 (8-2)	6,9(8-3)	4,9 (6-2)	<0,001	1=0,591; 2<0,001; 3<0,001
F3 «сензитивность-реактивная уравновешенность»	6,9 (8-3)	6,8 (8-2)	6,8 (8-3)	0,298	-
F4 «конформность-независимость»	5,5 (7-2)	5,3(6-1)	5,4 (7-1)	0,549	-

Примечание: * р рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса; ** в случае попарного сравнения р рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни, где 1 – сравнение осуществлялось между I и II гр., 2 – между I и III гр., 3 – между II и III гр.; критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,017$.

Фактор «F» у комбатантов I группы показывал достаточную саморегуляцию поведения, хорошую организованность, приверженность социальным правилам и нормам поведения, принятым в обществе. Во II и III группах существенных различий по данному фактору не выявлено, а результат свидетельствовал о повышенной импульсивности, гибкости по отношению к социальным нормам, высокой нормативности, сильном характере, добросовестности, настойчивости, уравновешенности, ответственности, упорстве, стойкости, решительности, дисциплинированности, собранности, совестливости, чувстве долга, соблюдении моральных стандартов и правил, настойчивости в достижении цели, точности, деловой направленности.

Данные полученные по методике Р. Кетелла, не выявили наличие проблем у исследованных групп респондентов, что противоречит клиническим данным и результатам показателей теста СМИЛ. Использование данного теста для выявления клинических и личностных проблем у комбатантов не целесообразно.

После выхода из экстремальной обстановки у комбатантов отмечается формирование совокупности психологических характеристик, состоящих из вновь приобретенных в боевой обстановке особенностей характера и ранее существовавших личностных особенностей [107]. О.Н. Кузнецов и В.М. Лыткин характеризуют данные изменения как «комбатантную акцентуацию», которая проявляется своеобразием мировосприятия, подозрительностью, ранимостью, нарушением межличностной коммуникативности [102]. Данная акцентуация может являться фоном для формирования личностных расстройств [170].

Нами был предпринят подход к дифференциации форм «комбатантных акцентуаций» в зависимости от исходного типа личности комбатантов и клинических вариантов течения ПТСР, через четыре года после перенесенного заболевания.

Из III группы обследованных, нами было отобрано 138 комбатантов проходивших терапию в связи с наличием ПТСР в анамнезе: тревожный тип

ПТСР (36 чел.- 26,1%), - взпловзвннь тип ПТСР (33 чел. – 23,9%), соматоформный тип ПТСР (38 чел. – 27,5%), конверсионный тип ПТСР (31 чел. – 22,5%).

В преморбиде в профиле личности комбатантов в последующем страдавших тревожным типом ПТСР превалировали: повышенная тревожность, склонность к озабоченности незначительными проблемами, тенденция к гипотимии, ограничение социальной активности, избирательность в контактах и фиксация на мелочах.

Через четыре года после лечения, у них, показатели всех шкал СМИЛ достоверно изменились. Произошел рост шкал невротической триады, эмоциональной лабильности, импульсивности, выявилось заострение исходно высокого уровня тревожности и индивидуалистичности, снизился оптимизм, мужественность и увеличилась социальная интравертированность (табл.27).

Таблица 27

Динамика личностных особенностей комбатантов после проведенного лечения тревожного варианта ПТСР по СМИЛ, $M \pm m$, баллы

Шкалы СМИЛ	При направлении в служебную командировку в СКР	Через четыре года после проведенного лечения	p уровень
Лжи	34,2 \pm 2,1	33,2 \pm 2,3	0,498
Достоверности	38,4 \pm 3,7	37,2 \pm 2,9	0,645
Коррекции	39,8 \pm 2,9	38,2 \pm 3,7	0,687-
Невротический сверхконтроль	50,3 \pm 2,7	54,5 \pm 2,6	0,051
Пессимистичность	53,3 \pm 3,1	59,7 \pm 2,5	<0,001
Эмоциональная лабильность	50,6 \pm 2,3	56,3 \pm 4,7	<0,001
Импульсивность	54,8 \pm 1,7	62,4 \pm 3,4	<0,001
Мужественность	48,1 \pm 1,4	45,8 \pm 2,8	0,053
Ригидность	46,0 \pm 3,4	53,2 \pm 3,2	<0,001
Тревожность	55,1 \pm 2,6	62,6 \pm 2,7	<0,001
Индивидуалистичность	57,9 \pm 2,4	51,5 \pm 2,6	<0,001
Оптимистичность	54,3 \pm 6,1	44,0 \pm 3,1	<0,001
Социальная интравертированность	48,0 \pm 2,9	70,0 \pm 3,3	<0,001

Примечание: p - рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона, здесь и далее в рисунках внутригрупповые различия достоверны при ** - p<0,001, табл. 27,28,29,30

Таким образом, у лиц перенесших тревожный тип ПТСР, сформировались личностные черты, свидетельствующие о появлении чувства заостренного самолюбия и ограничительного поведения, снизилась активность. Они воспринимали ситуации по-своему, что не всегда совпадало с общепринятым мнением. Преобладали взрывные личностные характеристики с активно-оборонительной позицией и независимостью в отстаивании своего мнения, что снижало межличностную коммуникативность. С учетом выявленных психодинамических характеристик, данные изменения в профиле личности мы условно отнесли к комбатантной акцентуации «тревожно-интравертированного типа».

У комбатантов перенесших взрывной тип ПТСР, личностные особенности по профилю СМИЛ в преморбиде характеризовались повышенной тревожностью в сочетании с оптимистическим настроением на окружение, при этом показатели всех шкал имели средние значения при отсутствии выраженных пиков. Через три года после лечения профиль достоверно изменился: рост шкал невротической триады, импульсивности, тревожности, социальной интравертированности, при выраженном снижении оптимистичности. При интерпретации данного типа профиля можно констатировать наличие у данных лиц: фиксации на негативном личном опыте с тенденцией к переносу враждебных переживаний на большинство окружающих лиц, поспешность в принятии решений, в суждениях и высказываниях. Недостаточность анализа повседневных и служебных ситуаций. Авторитарная личностная позиция, независимость, конфликтность, негативная установка на корректирующее влияние окружения. Резкое выплескивание враждебных чувств с обвинением других в недоброжелательности и неправоте. Для них стали характерны взрывные реакции, вспышки гнева, враждебности (табл. 28).

У них сформировалась комбатантная акцентуация личности с выраженным нарушением межличностной коммуникативности, тревогой, пессимизмом, импульсивностью «взрывно-пессимистический тип».

Динамика личностных особенностей комбатантов после проведенного лечения взрывного варианта ПТСР по СМИЛ, $M \pm m$, баллы

Шкалы СМИЛ	При направлении в служебную командировку	Через три года после лечения	p уровень
Невротический сверхконтроль	50,8 \pm 1,7	57,3 \pm 3,1	<0,001
Пессимистичность	52,2 \pm 2,2	62,5 \pm 1,4	<0,001
Эмоциональная лабильность	48,2 \pm 2,3	57,7 \pm 3,2	<0,001
Импульсивность	48,8 \pm 6,1	61,9 \pm 4,1	<0,001
Мужественность	47,9 \pm 2,5	46,8 \pm 3,4	0,672-
Ригидность	44,1 \pm 1,6	53,0 \pm 2,5	<0,001
Тревожность	53,4 \pm 1,2	63,4 \pm 2,1	<0,001
Индивидуалистичность	53,6 \pm 3,7	50,1 \pm 4,3	0,054
Оптимистичность	50,4 \pm 1,4	43,2 \pm 3,9	<0,001
Социальная интравертированность	44,5 \pm 3,1	64,4 \pm 2,5	<0,001

Комбатантам имевшим в анамнезе соматоформный тип ПТСР, в преморбиде были свойственны: повышенная обеспокоенность и тревожность, болезненная реакция на злобу и агрессию, повышенная нравственность, склонность к волнениям, к самоанализу, мнительность, доброжелательность и повышенная тревожность (табл.29).

Динамика личностных особенностей комбатантов после проведенного лечения соматоформного варианта ПТСР по СМИЛ, $M \pm m$, баллы

Шкалы СМИЛ	При направлении в служебную командировку	Через четыре года после лечения	p уровень
Невротический сверхконтроль	49,8 \pm 1,3	58,1 \pm 2,1	<0,001
Пессимистичность	54,1 \pm 1,2	53,6 \pm 1,3	0,383
Эмоциональная лабильность	50,7 \pm 2,3	50,8 \pm 2,2	0,782
Импульсивность	56,8 \pm 3,1	62,0 \pm 2,1	<0,001
Мужественность	52,6 \pm 2,4	41,9 \pm 3,1	<0,001
Ригидность	47,2 \pm 1,8	53,1 \pm 2,3	0,056
Тревожность	54,8 \pm 1,9	65,1 \pm 2,7	<0,001
Индивидуалистичность	57,9 \pm 3,3	51,1 \pm 5,3	0,051
Оптимистичность	55,2 \pm 1,9	44,2 \pm 1,9	<0,001
Социальная интравертированность	48,2 \pm 2,1	63,8 \pm 2,6	<0,001

Они были склонны к страхам и беспричинной озабоченности маловажными проблемами, обидчивости. Через три года после лечения были выявлены достоверные различия по базовым шкалам СМИЛ: заострение невротического сверхконтроля, рост импульсивности, ригидности, тревожности и социальной интравертированности. У них произошло достоверное снижение оптимистичности и мужественности. Таким образом, у них заострились исходные личностные особенности, и сформировалась комбатантная акцентуация «тревожно-невротического типа».

У лиц, в анамнезе которых имелся конверсионный тип ПТСР, в преморбиде ведущими в характере являлись индивидуалистичность, оптимистичность, мужественность в сочетании с тревожностью, им было свойственно умение увлечь других своими идеями, оптимистичность, жизнелюбие, склонность к риску, позитивная самооценка, гипертимный тип реагирования, болезненная реакция на директивный стиль общения со стороны других (в том числе непосредственных руководителей и командиров) (табл. 30).

Таблица 30

Динамика личностных особенностей комбатантов после проведенного лечения конверсионного варианта ПТСР по СМИЛ М_{±т}, баллы

Шкалы СМИЛ	При направлении в служебную командировку	Через четыре года после лечения	
Невротический сверхконтроль	49,4 _± 1,2	57,7 _± 2,2	<0,001
Пессимистичность	52,8 _± 1,3	63,6 _± 1,9	<0,001
Эмоциональная лабильность	48,1 _± 2,3	58,4 _± 2,3	<0,001
Импульсивность	52,5 _± 4,1	64,1 _± 2,8	<0,001
Мужественность	50,1 _± 2,3	41,2 _± 3,2	<0,001
Ригидность	47,3 _± 1,4	55,2 _± 1,3	0,053
Тревожность	56,3 _± 1,5	66,4 _± 2,5	<0,001
Индивидуалистичность	59,5 _± 2,3	51,6 _± 4,3	<0,001
Оптимистичность	52,9 _± 1,4	44,1 _± 1,3	<0,001
Социальная интравертированность	50,3 _± 3,1	65,7 _± 2,1	<0,001

В динамике произошло нивелирование таких личностных характеристик как индивидуалистичность, оптимистичность и мужественность, появились не свойственные ранее невротические черты в форме пессимистичности, дисфорий,

эмоциональной лабильности, ригидности установок и избирательности в межличностных контактах. Таким образом, у них сформировалась комбатантная акцентуация личности «ригидно-дисфорического типа»

Анализ катамнеза 4-летнего катамнеза комбатантов, имевших в анамнезе ПТСР, выявил формирование комбатантной акцентуации личности, которая характеризовалась ограничением межличностной коммуникативности, социальной интравертированностью, аффективной нестабильностью, появлением выраженной тревожности и импульсивно-пессимистических черт.

В зависимости от перенесенного варианта ПТСР в формировании данной акцентуации имелись существенные различия.

У лиц, имевших тревожный вариант ПТСР, заострялась преморбидно высокая личностная тревожность с формированием на ее фоне импульсивных, дискommунитивных индивидуально-типологических особенностей, что было отнесено к комбатантной акцентуации «тревожно-интравертированного типа». Для полицейских с взрывным вариантом ПТСР было характерно формирование комбатантной акцентуации личности с выраженным нарушением межличностной коммуникативности, взрывным поведением, пессимизмом, импульсивностью «взрывно-пессимистический тип». У комбатантов с соматоформным вариантом ПТСР происходило заострение исходных тревожно-невротических личностных особенностей с выраженными проблемами в межличностных коммуникациях «тревожно-невротический тип». При наличии в анамнезе конверсионного варианта ПТСР нивелировались исходно-выраженные гипертимные особенности и преобладали черты комбатантной акцентуации с «ригидно-дисфорическим» компонентом.

Таким образом, комбатантные акцентуации в зависимости от преморбидных особенностей личности и перенесенных вариантов ПТСР имеют различия и проявляются в виде «тревожно-интравертированного», «взрывно-пессимистического», «тревожно-невротического» и «ригидно-дисфорического» типов. Полученные результаты необходимо учитывать при составлении индивидуальных реабилитационных программ и проведении

лично-ориентированной психотерапии в рамках медико-психологической реабилитации комбатантов после исполнения служебно-боевых задач в особых условиях.

3.7. Социальная адаптация комбатантов через четыре года после исполнения оперативно-служебных задач в зонах особого риска

В обследованных группах примерно с одинаковой частотой встречались негативные мотивы увольнения, включавшие дисциплинарные проступки, в том числе вождение автомобиля в состоянии алкогольного опьянения, недобросовестное исполнение служебных обязанностей в совокупности с выраженной конфликтностью на службе, совершение противоправных действий (побои, дорожно-транспортные происшествия по вине сотрудника с пострадавшими) Из числа уволенных наиболее часто трудоустраивались в охранные структуры комбатанты III группы в отличие от респондентов I и II групп.

У лиц I группы продолживших службу, социальная адаптация имела негативные тенденции: они чаще имели взыскания за нарушение служебной и исполнительской дисциплины, совершали противоправные действия, реже были счастливы в браке.

Комбатанты II группы, несмотря на более успешную службу в отличие от респондентов I группы имели достаточно большое количество дисциплинарных взысканий и часто были разведены.

Успешность служебной деятельности среди обследованных III группы, характеризовалась зачислением в кадровый резерв руководящего состава и назначением на вышестоящие должности, они реже имели взыскания, чаще были женаты, имели меньше разводов, в отличие от респондентов других групп. Таким образом, их социальная адаптация комбатантов III группы характеризовалась успешным продолжением службы с профессиональным ростом (табл. 31).

**Социальные показатели адаптации комбатантов МВД через четыре года
после командировки (абс.,%)**

Признак	Группы, абс., %						χ^2	р- уровень *	р- уровень для попарно го сравнен ия**
	I n=338		II, n=311		III, n=305				
	п	%	п	%	п	%			
Уволились по негативному мотиву	15	4,4	14	4,5	12	3,9	0,14	0,930	-
Работают в охранных структурах	11	3,3	12	3,8	45	14,7	39,5	<0,001	1=1,00 2<0,001 3<0,001
Продолжают службу	321	94,9	288	92,6	240	78,7	49,5	<0,001	1=0,631 2<0,001 3<0,001
Повышены в должности	12	3,5	51	16,4	76	24,4	60,0	<0,001	1<0,001 2<0,001 3=0,026
Зачислены в кадровый резерв руководящего состава	12	3,5	56	18,0	99	31,8	92,9	<0,001	1<0,001 2<0,001 3<0,001
Имели дисциплинарные взыскания	110	32,5	98	31,5	34	10,9	48,0	<0,001	1=1,000 2<0,001 3<0,001
Совершили противоправные действия	6-	2,0	0		0		-	-	-
Женат	193-	57,1	203	65,3	210	68,8	10,8	0,005	1=0,048 2=0,006 3=1,000
Холост	102	27,1	39	12,5	40-	13,1	42,8	<0,001	1<0,001 2<0,001 3=1,000
Разведен	54-	15,8	69	22,3	55-	18,1	4,23	0,121	-

Примечание: : р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона; * с поправкой Бонферрони, уровень статистической значимости $p \leq 0,001$

Результаты исследования катамнеза показали, что социальная адаптация комбатантов-полицейских, через четыре года после командировки, получавших терапию в связи с наличием ППР в анамнезе, в большинстве случаев имеет

позитивный характер и проявляется успешным продолжением службы, низким количеством дисциплинарных нарушений, более стабильными семейными отношениями.

Таким образом, своевременное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий комбатантам способствует успешности дальнейшей службы и улучшает адаптацию участников боевых действий в мирных условиях жизни. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости внедрения обязательных программ психокоррекции и социальной реабилитации комбатантам строевых подразделений МВД России.

3.8. Модели прогноза формирования транзиторных аффективно-поведенческих реакций и пограничных психических расстройств у комбатантов на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности

Для разработки модели прогноза формирования ТАПР были проанализированы архивные результаты личностных особенностей при поступлении на службу в МВД России у лиц I и II групп, (табл. 32).

Таблица 32

Независимые прогностические признаки развития ТАПР у комбатантов

Шкалы СМИЛ	ОШ ¹	95%ДИ
Невротический сверхконтроль	0,958	0,935–0,982
Пессимистичность	0,933	0,911–0,954
Эмоциональная лабильность	1,090	1,055–1,125
Импульсивность	1,011	0,988–1,034
Мужественность	1,007	0,987–1,028
Ригидность	1,025	1,008–1,042
Тревожность	0,981	0,954–1,009
Индивидуалистичность	1,035	1,013–1,057
Оптимистичность	1,082	1,062–1,102
Социальная интровертированность	0,886	0,863–0,909

Примечание: ¹ – отношение шансов, скорректированное с учетом влияния других шкал при множественном логистическом регрессионном анализе.

На основе полученных данных для создания модели прогноза формирования ТАПР у комбатантов нами использовался метод форсированного ввода переменных. Статистическая значимость модели определялась при $\chi^2=581,9$ ($p<0,001$); $-2 LL=316,7$; Нэйджелкерке $R^2=0,790$.

При снижении следующих шкал на 1 балл, увеличивается риск формирования ТАПР у комбатантов: «невротический сверхконтроль» ($1/0,958=1,04$) в 1,04 раза; «пессимистичность» ($1/0,933=1,07$) в 1,07 раза; «тревожность» ($1/0,981 =1,02$) в 1,02 раза; «социальная интровертированность» ($1/0,886 =1,12$) в 1,12 раза, что говорит о высоком риске формирования ТАПР у исходно невротизированных и интровертированных комбатантов.

В табл. 33 для всех шкал СМИЛ показаны ОШ, (коррекция с учетом влияния других шкал, регрессионной модели).

Уровень статистической значимости шкал СМИЛ и регрессионные коэффициенты показаны в табл. 33.

Таблица 33

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков развития ТАПР

Шкалы СМИЛ	Код	B^1	Значение статистики Вальда	p-уровень
Невротический сверхконтроль	X1	-0,043	11,8	0,001
Пессимистичность	X2	-0,070	34,7	<0,001
Эмоциональная лабильность	X3	0,086	27,6	<0,001
Импульсивность	X4	0,011	0,86	0,354
Мужественность	X5	0,007	0,48	0,488
Ригидность	X6	0,025	8,15	0,004
Тревожность	X7	-0,019	1,85	0,174
Индивидуалистичность	X8	0,034	9,72	0,002
Оптимистичность	X9	0,079	69,6	<0,001
Социальная интровертированность	X0	-1,121	83,9	<0,001
Константа		1,659		

Примечание: ¹ – коэффициент регрессионной модели.

Полученные регрессионные коэффициенты и показатели ОШ для исследованных личностных особенностей, позволили сделать вывод, что

социальная интроверсия и оптимистичность являлись самыми значимыми шкалами СМИЛ, формирующими склонность к ТАПР. Далее по значимости располагались пессимистичность, эмоциональная лабильность, невротический сверхконтроль, индивидуалистичность, ригидность и, наконец, импульсивность и мужественность.

Модель прогноза формирования ТАПР у комбатантов:

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где $y = 1,659 - 0,043 \cdot X_1 - 0,070 \cdot X_2 + 0,086 \cdot X_3 + 0,011 \cdot X_4 + 0,007 \cdot X_5 + 0,025 \cdot X_6 - 0,019 \cdot X_7 + 0,034 \cdot X_8 + 0,079 \cdot X_9 + 0,121 \cdot X_{10}$.

$P(\hat{y})$ – вероятность формирования ТАПР ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); результат близкий к «1», говорит о повышенной вероятности формирования ТАПР у комбатантов, а к «0» о низкой вероятности формирования.

Распределение результатов тестирования при трудоустройстве в МВД у 649 комбатантов в зависимости от наличия у них в анамнезе ТАПР прогнозировалось с применением синтезированной логистической модели и точки разделения 0,5. Точность правильного прогноза вероятности формирования ТАПР у комбатантов с применением данной методики составила 90,6%.

Полученная модель позволяет прогнозировать развитие ТАПР у комбатантов на основе профиля личности по шкалам СМИЛ. Целесообразно использование данного метода при профотборе на должности, связанные с экстремальными условиями служебной деятельности.

Для создания модели прогноза формирования ППР у комбатантов, нами были проанализированы значения Т баллов профиля СМИЛ при поступлении на службу у I и III групп комбатантов, результаты которых представлены на странице в табл. 35.

Для расчета использовался метод форсированного ввода переменных, модель прогноза определилась как статистически достоверная при $\chi^2 = 298,9$

($p < 0,001$); $-2 LL = 590,8$; Нэйджелкерке $R^2 = 0,496$. В табл. 35 для каждой шкалы СМЛ приведены ОШ, с учетом коррекции влияния других, вошедших в регрессионную модель признаков (ОШ) (табл. 34).

Таблица 34

Независимые прогностические признаки развития ППР у комбатантов

Шкалы СМЛ	ОШ ¹	95%ДИ
Невротический сверхконтроль	0,990	0,972-1,008
Пессимистичность	0,975	0,961-0,989
Эмоциональная лабильность	1,070	1,046-1,096
Импульсивность	0,974	0,957-0,991
Мужественность	0,921	0,905-0,937
Ригидность	0,994	0,980-1,008
Тревожность	1,036	1,018-1,055
Индивидуалистичность	0,943	0,925-0,960
Оптимистичность	1,039	1,020-1,059
Социальная интровертированность	0,978	0,963-0,003

Примечание: ¹ – отношение шансов, скорректированное с учетом влияния других шкал при множественном логистическом регрессионном анализе.

Регрессионные коэффициенты и уровень статистической значимости каждой из шкал СМЛ представлены в табл. 35.

Таблица 35

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков формирования ППР

Шкалы СМЛ	Код	B ¹	Значение статистики Вальда	р-уровень
Невротический сверхконтроль	X1	-0,010	1,19	0,274
Пессимистичность	X2	-0,025	11,7	0,001
Эмоциональная лабильность	X3	0,068	32,4	<0,001
Импульсивность	X4	-0,027	9,18	0,002
Мужественность	X5	-0,082	88,6	<0,001
Ригидность	X6	-0,006	0,67	0,414
Тревожность	X7	0,035	15,1	<0,001
Индивидуалистичность	X8	-0,059	38,6	<0,001
Оптимистичность	X9	0,039	15,7	<0,001
Социальная интровертированность	X0	-0,022	8,32	0,004
константа		5,513		

Примечание: ¹ – коэффициент регрессионной модели.

На основе рассчитанных регрессионных коэффициентов и значений взвешенных ОШ для всех признаков выявлено, что мужественность,

индивидуалистичность, эмоциональная лабильность являются самыми значимыми шкалами СМИЛ, формирующими ППР у комбатантов, далее по значимости располагаются оптимистичность, тревожность, пессимистичность, импульсивность, социальная интроверсия и, наконец, невротический сверхконтроль и ригидность.

Рассчитанная модель выглядит следующим образом:

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где $y = 5,513 - 0,010 \cdot X_1 - 0,025 \cdot X_2 + 0,068 \cdot X_3 + 0,027 \cdot X_4 + 0,082 \cdot X_5 + 0,006 \cdot X_6 + 0,035 \cdot X_7 + 0,059 \cdot X_8 + 0,039 \cdot X_9 + 0,022 \cdot X_{10}$.

$P(\hat{y})$ – вероятность формирования ППР ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); результат близкий к «1», говорит о повышенной вероятности формирования ППР, а к «0» о низкой вероятности.

Распределение 643 комбатантов в зависимости от наличия у них в анамнезе ППР прогнозировалось с использованием синтезированной логистической модели и точки разделения 0,5. Точность прогнозирования риска формирования ППР у комбатантов с применением данной модели составила 77,0%. С учетом низкого уровня точности прогноза, можно сделать вывод, что только на основании шкал СМИЛ нельзя прогнозировать развитие ППР у комбатантов.

3.9. Модели прогноза формирования транзиторных аффективных реакций и пограничных психических расстройств на основе базовых шкал методов посттравматического стрессового расстройства И.О. Котенева и теста Басса-Дарки

Для прогнозирования ТАПР у комбатантов на основе базовых шкал метода И.О. Котенева использован множественный регрессионный анализ. В качестве прогнозируемого применялся бинарный показатель – «условно здоровые комбатанты, у которых в анамнезе выявились ТАПР».

При проведении регрессионного анализа был применен метод пошагового исключения. Модель прогноза была определена, как достоверная при $\chi^2=423,8$ ($p<0,001$); $-2 LL=465,1$; Нэйджелкерке $R^2=0,645$.

При снижении показателя шкалы «симптомы вторжения» ($1/0,937 = 1,06$) в 1,06 раз увеличивается риск формирования ТАПР у комбатантов.

При увеличении на 1 балл показателей шкал «симптомы гиперактивации»; «дистресс и дезадаптация»; «наличие признаков ПТСР»; «физическая агрессия»; «вербальная агрессия» более чем в 1 раз увеличивается риск формирования ТАПР у комбатантов. Это показывает, что риску формирования ТАПР более подвержены комбатанты, которым свойственна гиперактивность в повседневной жизни и высокий уровень физической агрессии, при этом пусковым фактором формирования ТАПР не являются симптомы вторжения травматического события.

В табл. 36 для каждой переменной, оставшейся в модели, приведены ОШ (коррекция влияния иных шкал тестов включенных в регрессионную модель).

Таблица 36

Независимые прогностические признаки появления ТАПР у комбатантов

Переменные, оставшиеся в модели	ОШ ¹	95% ДИ
Симптомы вторжения	0,937	0,908-0,966
Симптомы гиперактивации	1,040	1,013-1,068
Дистресс и дезадаптация	1,076	1,061-1,092
Наличие признаков ПТСР	1,011	1,006-1,016
Физическая агрессия	1,265	1,139-1,406
Вербальная агрессия	1,103	1,006-1,210

Примечание: ¹ – отношение шансов, скорректированное с учетом влияния других переменных при множественном логистическом регрессионном анализе.

Регрессионные коэффициенты и их статистическое значение, для каждой из шкал тестовых методик представлены в табл. 37.

В результате математического расчета регрессионных коэффициентов и значений взвешенных ОШ выявлено, что дистресс, дезадаптация и физическая агрессия являются самыми значимыми личностными качествами, отвечающими за появление ТАПР у военнослужащих; далее по значимости располагаются

наличие признаков ПТСР, низкие показатели симптома «вторжение», высокие показатели симптома гиперактивности и, наконец, вербальная агрессия.

Таблица 37

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков появления ТАПР у комбатантов

Переменные	Код	B ¹	Значение статистики Вальда	p-уровень
Симптомы вторжения	X1	-0,066	16,9	<0,001
Симптомы гиперактивности	X2	0,040	8,46	0,004
Дистресс и дезадаптация	X3	0,074	99,5	<0,001
Наличие признаков ПТСР	X4	0,011	17,1	<0,001
Физическая агрессия	X5	0,235	19,1	<0,001
Вербальная агрессия	X6	0,098	4,34	0,037
константа		-5,140		

Примечание: ¹ – коэффициент регрессионной модели.

Рассчитанная модель::

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где $y = 5,140 - 0,066 \cdot X1 + 0,040 \cdot X2 + 0,074 \cdot X3 + 0,011 \cdot X4 + 0,235 \cdot X5 + 0,098 \cdot X6$.

$P(\hat{y})$ – вероятность выявления ТАПР ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); значение, близкое к «1», говорит о наличии высокой вероятности формирования ТАПР, а к «0» о низкой вероятности.

Распределение 649 комбатантов в зависимости от наличия ТАПР в анамнезе прогнозировалось с применением синтезированной логистической модели и точки разделения 0,5. Точность прогноза формирования ТАПР у комбатантов с применением данного метода составила 82,9%.

Полученная модель позволяет прогнозировать формирование ТАПР у лиц опасных профессий, целесообразно использование данного метода при проведении плановых психопрофилактических осмотров полицейских.

Для прогнозирования ППР у комбатантов на основе базовых шкал теста И.О. Котенева, использовался множественный регрессионный анализ. В

качестве прогнозируемого использован бинарный показатель – «условно здоровые комбатанты, у которых в анамнезе выявлялись ППР».

При проведении регрессионного анализа применялся метод пошагового исключения. Статистическая значимость модели прогноза формирования ППР у комбатантов определялась при $\chi^2=399,6$ ($p<0,001$); $-2 LL=481,9$; Нэйджелкерке $R^2=0,622$.

В табл. 38 для каждой переменной, оставшейся в модели, приведены ОШ и их коррекция учитывая влияние других, включенных в регрессионную модель шкал тестовых методик (ОШ).

Таблица 38

Независимые прогностические признаки появления ППР у комбатантов

Переменные, оставшиеся в модели	ОШ ¹	95% ДИ
Аггравация	0,969	0,952–0,986
Диссимуляция	0,952	0,938–0,965
Симптомы вторжения	1,033	1,009–1,058
Симптомы гиперактивации	0,942	0,920–0,964
Дистресс, дезадаптация	1,038	1,024–1,052
Наличие признаков ПТСР	1,014	1,008–1,020
Физическая агрессия	1,183	1,056–1,325
Косвенная агрессия	0,656	0,557–0,771
Негативизм	0,603	0,518–0,703
Обида	1,507	1,247–1,821
Вербальная агрессия	1,115	1,017–1,224
Враждебность	0,853	0,771–0,944

Примечание: ¹ – отношение шансов, скорректированное с учетом влияния других переменных при множественном логистическом регрессионном анализе.

Увеличивается шанс формирования ППР при снижении на 1 балл следующих шкал теста И.О. Котенева: «аггравация» ($1/0,969 = 1,03$) в 1,03 раза; «диссимуляция» ($1/0,952=1,05$) 1,05; «симптомы гиперактивации» ($1/0,942=1,06$) в 1,06 раза; «косвенная агрессия» ($1/0,656 = 1,52$) в 1,52 раза; «негативизм» ($1/0,603 = 1,66$) в 1,66 раза; «враждебность» ($1/0,853 = 1,17$) в 1,17 раза.

При увеличении следующих показателей шкал на 1 балл, увеличивается шанс формирования ППР у комбатантов: «симптомы вторжения» в 1,033 раза; «дистресс и дезадаптация» в 1,038 раза; наличие признаков ПТСР в 1,014 раза;

«физическая агрессия» в 1,183 раза; «обида» в 1,507 раза; «вербальная агрессия» 1,115 раза.

Таким образом, формированию ППР наиболее подвержены негативистичные полицейские с выраженными признаками косвенной агрессивности к окружающему, преувеличивающие имеющиеся проблемы, с признаками психологической дезадаптации в эмоциональной сфере личности. Регрессионные коэффициенты для каждой из шкал и уровень их статистической значимости - табл. 39.

Таблица 39

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков появления ППР у комбатантов

Переменные	Код	B^1	Значение статистики Вальда	p-уровень
Аггравация	X1	-0,032	12,3	<0,001
Диссимуляция	X2	-0,050	45,0	<0,001
Симптомы вторжения	X3	0,033	7,26	0,007
Симптомы гиперактивации	X4	-0,060	25,4	<0,001
Дистресс, дезадаптация	X5	0,037	29,5	<0,001
Наличие признаков ПТСР	X6	0,013	19,6	<0,001
Физическая агрессия	X7	0,168	8,49	0,004
Косвенная агрессия	X8	-0,422	25,9	<0,001
Негативизм	X9	-0,505	42,1	<0,001
Обида	X10	0,410	18,0	<0,001
Вербальная агрессия	X11	0,109	5,33	0,021
Враждебность	X12	-0,159	9,49	0,002
константа		4,052		

*Примечание:*¹ – коэффициент регрессионной модели.

Полученные регрессионные коэффициенты и значения взвешенных ОШ для каждой из шкал показали, что переменные «диссимуляция», «негативизм», «дистресс и дезадаптация», «косвенная агрессия» и «симптом гиперактивности» являются самыми значимыми показателями личностных качеств, которые прогнозируют формирование ППР у комбатантов; далее по значимости располагаются «наличие признаков ПТСР», «обида», «аггравация»

и, наконец, «враждебность», «физическая агрессия», «симптомы вторжения» и «вербальная агрессия».

Модель представлена следующей формулой:

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где: $y = + 4,052 - 0,032 * X1 + 0,050 * X2 + 0,033 * X3 + 0,060 * X4 + 0,037 * X5 + 0,013 * X6 + 0,168 * X7 - 0,422 * X8 - 0,505 * X9 + 0,410 * X10 + 0,109 * X11 - 0,159 * X12$.

$P(\hat{y})$ – вероятность выявления ППР ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); результат, близкий к «1», говорит о большой вероятности формирования ППР, к «0» о низкой вероятности.

Распределение 616 комбатантов в зависимости от наличия ППР в анамнезе прогнозировалось с применением синтезированной логистической модели и точки разделения 0,5. Точность правильного прогноза формирования ППР у комбатантов с применением вышеуказанных методик составила 80,2%. Целесообразно использовать данную модель при проведении плановых психопрофилактических осмотров у комбатантов в период между командировками в зоны ЧС.

ГЛАВА IV. КАТАМНЕСТИЧЕКИЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОМБАТАНТОВ-ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

4.1. Социальная адаптация комбатантов - пенсионеров Министерства внутренних дел России

Катамнестический анализ социально-психологических особенностей 57 комбатантов-пенсионеров основной группы (раздел II, стр.59) показал, что нозологическая структура при увольнении со службы была представлена: неврастенией – 20 чел. (35,1%); стойкими изменениями личности после переживания катастрофы - 6 чел. (10,5%), органическим эмоционально-лабильным расстройством – 12 чел.(21,1%), органическим расстройством личности – 18 чел. (31,6%), шизофренией – 1 чел. (1,7%).

У пенсионеров-комбатантов группы сравнения на момент увольнения имелись преимущественно сердечнососудистые заболевания: гипертоническая болезнь – 36 чел. (59,1%), ишемическая болезнь – 2 чел. (3,3%), цереброваскулярные нарушения с сопутствующими неврозоподобными синдромами – 5 чел. (8,2%).

В исследованных группах не отмечалось различий по соотношению офицеров и рядовых. В основной группе комбатантов в отличие от группы сравнения достоверно чаще имелись в анамнезе осколочные ранения различной локализации в группе сравнения данные показатели встречались существенно реже.

В основной группе существенно больше комбатантов после увольнения получили инвалидность по психическому заболеванию. По количеству завершенных суицидов различий между группами не наблюдалось - 1 чел. (1,7%) и 1 чел. (1,6%) соответственно. В течение года после отставки в основной группе у 13 чел. (22,8%) было диагностировано пагубное с вредными

последствиями употребление алкоголя (F 10.1), 3 чел. (5,3%) – были поставлены на учет у нарколога с диагнозом алкогольной зависимости, в группе сравнения диагноз пагубного с вредными последствиями употребления алкоголя выставлен - 6 чел. (9,8%), а лица со сформировавшейся алкогольной зависимостью не выявлялись. В основной группе развелись – 12 чел. (21,1%) в группе сравнения 10 чел. (16,4%) (табл.40).

Таблица 40

Социальные показатели у комбатантов пенсионеров МВД России, абс., %

Социальные показатели	Основная группа n =57		Группа сравнения n=61		р-уровень
	п	%	п	%	
Старший и средний офицерский состав	32	56,1	36	59,1	0,143
Младшие офицеры	15	26,4	14	22,6	0,156
Рядовые	10	17,5	11	18,1	0,360
ЗЧМТ в анамнезе	31	54,4	2	3,3	<0,001
Осколочные ранения в анамнезе	40	70,2	21	34,2	<0,001
Имеют инвалидность	22	38,6	3	4,9	<0,001
Причинная связь «военная травма»	7	11,5	0	0	<0,001
Суицид	1	1,7	1	1,6	0,098
Пагубное употребление алкоголя	13	22,8	6	9,8	<0,001
Алкогольная зависимость	3	5,3	0	0	-
Разведены	12	21,1	10	16,4	<0,001
Не работают	31	54,4	2	3,3	<0,001
Заняты ручным трудом низкой квалификации	2	3,5	7	11,5	0,092
Получают психофармакотерапию	11	19,3	9	14,7	0,234
Лечение у психотерапевта	6	10,5	5	8,2	0,139
Работают в охранных агентствах	2	3,5	49	80,3	<0,001

Примечание: : р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона; уровень статистической значимости $p \leq 0,001$

Существенно чаще пенсионеры основной группы были не трудоустроены 31 чел. (54,4%), а из работающих лиц большинство заняты ручным трудом низкой квалификации. Только 19% комбатантов из основной группы, несмотря на наличие психических нарушений получают психофармакотерапию и 10% психотерапию, что связано с отсутствием критики к болезни и сложностями при обращении за помощью (очереди, невнимание персонала, отсутствие понимания со стороны врачей). В группе сравнения,

несмотря на отсутствие при увольнении психических расстройств обращались к психотерапевту за помощью и получают психофармакотерапию 9 чел. (14,2%), 5 чел. (8,2%) посещают сеансы психотерапии. Среди комбатантов основной группы значимо меньше комбатантов были трудоустроены по специальности (в охранных структурах), где требовалась лицензия на ношение оружия, по сравнению с лицами уволенными без психических расстройств (табл. 40).

Социальная адаптация комбатантов – пенсионеров МВД России, уволенных в связи с наличием психических расстройств характеризуется неблагоприятными тенденциями и требует проведения комплексной полипрофессиональной терапии, реабилитации, ресоциализации

4.2. Динамика личностных особенностей комбатантов-пенсионеров Министерства внутренних дел России

При увольнении базовый профиль СМИЛ у комбатантов основной группы имел пограничные результаты по шкалам достоверности: L «ложь» - $56,9 \pm 2,2$; F «достоверность» - $51,2 \pm 2,2$, K «коррекция» - $57,3 \pm 2,1$, что свидетельствовало о настороженности, подозрительности обследуемых, что в совокупности с высоким показателем импульсивности и наличием «плато» по шкалам невротической триады, свидетельствовало о выраженных аффективно-коммуникативных проблемах (рис.7).

У комбатантов группы сравнения психологические особенности, согласно профилю СМИЛ, характеризовались сверхконтролем поведения с пиковыми значениями по шкале тревожность, и высокой социальной интравертированностью, это является признаком склонности к психосоматическим заболеваниям при низкой коммуникативности. Не только комбатанты основной группы, но и комбатанты группы сравнения нуждались в проведении психокоррекционных мероприятий, направленных на профилактику психосоматических заболеваний, возникновения ППР и девиаций поведения со злоупотреблением алкоголем.

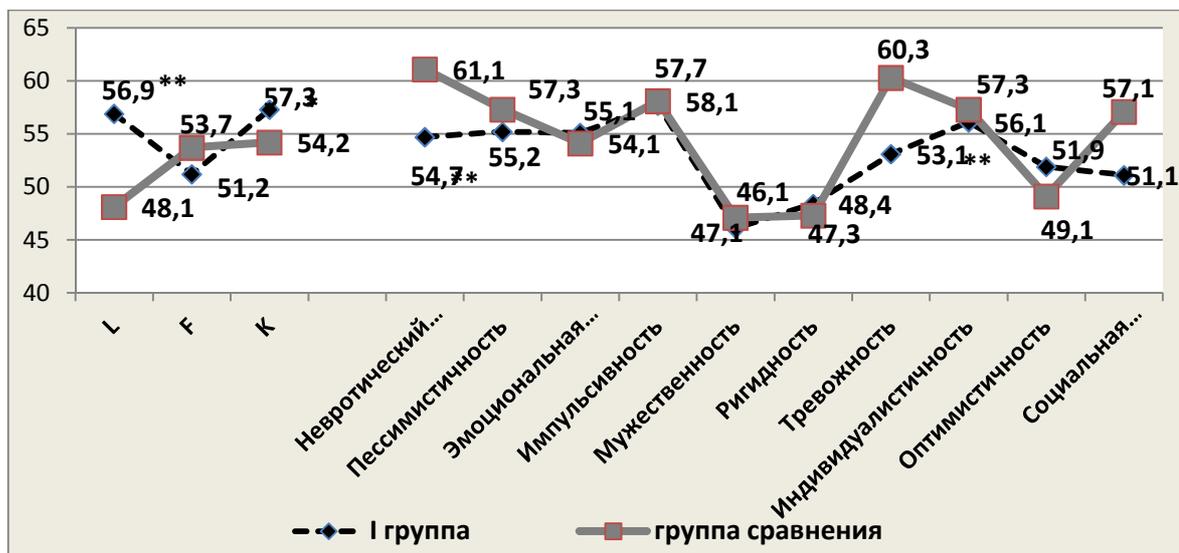


Рис. 7. Профиль личности СМИЛ у комбатантов – пенсионеров МВД России, Т-баллы.

Примечание. р рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона, различия достоверны при * - $p < 0,05$. ** - $p < 0,001$.

Ретроспективный анализ социально-психологических особенностей комбатантов-пенсионеров МВД показал, что на фоне негативной личностной и клинической динамики психического состояния, у комбатантов отмечается наличие выраженных психосоциальных проблем в обеих группах обследованных.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования подходов к организации терапии, реабилитации и ресоциализации данного контингента.

Для улучшения качества оказания психиатрической помощи комбатантам – пенсионерам МВД России с системным мониторингом психического состояния, необходимо создание ЦПЗ в ведомственных региональных медико-санитарных частях МВД России.

ГЛАВА V. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОТБОР КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В ОРГАНЫ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ

ППО на службу в полицию одно из базовых направлений кадровой политики МВД России; при этом актуальной, хотя и трудно осуществимой задачей является выявление лиц, употребляющих НС и их аналоги [124]. Полицейские, употребляющие НС, не только представляют потенциальную угрозу для общества, так как склонны вовлекать в свой круг все новых и новых потребителей, но и часто являются правонарушителями [219]. Это отражается на качестве работы сотрудников полиции и способствует дискредитации правоохранительных органов и росту недовольства населения в отношении действий полицейских [134]. Необходим активный подход к выявлению всего спектра психосоциальных факторов риска, формирующих склонность к деструктивному поведению с употреблением НС и их аналогов [214].

5.1. Социальные факторы риска формирования деструктивного поведения с употреблением наркотических средств и их аналогов у кандидатов на службу в органы внутренних дел

Анализ социальных характеристик 1116 кандидатов на службу показал, что респонденты основной группы, достоверно чаще воспитывались в неполной семье, где чаще наблюдался авторитарный стиль воспитания или гиперопека со стороны родителей, в анамнезе у них чаще встречалась психопатологически отягощенная наследственность, в том числе по алкогольной зависимости (табл.41). Различий между группами по наличию в детстве выраженной конфликтности со сверстниками и учителями и низкой успеваемости в школе выявлено не было.

**Социальные показатели анамнеза у кандидатов на службу
в МВД России , абс.,%**

Социальные характеристики	Кандидаты на службу				р-уровень
	Основная группа n=469		Группа сравнения n=646		
	n	%	n	%	
Воспитание в неполной семье	89	19,0	33	5,1	<0,001
Авторитарный стиль воспитания	36	7,7	15	2,3	<0,001
Конфликтность с учителями и сверстниками	71	15,2	97	15,0	0,934
Гиперопека со стороны родителей	37	7,9	1	0,2	<0,001
Эпизоды аутоагрессивного поведения в пубертате	76	16,2	196	30,3	<0,001
Отягощенная наследственность по психическим расстройствам	49	10,4	14	2,2	<0,001
Отягощенная наследственность по алкогольной зависимости	55	11,0	11	1,7	<0,001
Неудовлетворительные оценки за четверть	88	18,8	92	14,2	0,059

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона.

По данным Г.А. Софронова и соавт. [176], факторами, которые способствуют употреблению ПАВ учащимися вузов, являются: частые семейные конфликты, злоупотребление алкоголем одним из членов семьи, воспитание в неполной семье, агрессивность, легкая возбудимость, замкнутость, эгоистичность.

В исследованиях многих авторов [50,127] предрасположены к употреблению НС подростки, воспитывавшиеся в дисгармоничных семьях, неуверенные в себе, склонные к риску, имеющие низкую стрессоустойчивость и дискоммуникативность. По нашим данным, наиболее значимыми психосоциальными ФР формирования деструктивного поведения с употреблением НС также являются гиперопека со стороны родителей, отягощенная наследственность по алкогольной зависимости и преобладание в структуре личности невротических особенностей с импульсивностью, эгоцентричностью и пессимизмом.

Для определения выраженности влияния социальных факторов на употребление НС и их аналогов нами был проведен однофакторный регрессионный анализ и многофакторная логистическая регрессия с определением ОШ, которые показали, что риск употребления наркотиков при наличии гиперопеки со стороны родителей возрастал в 27,6 раз; при воспитании в неполной семье - 4,7; в 2 раза у лиц с отягощенной наследственностью по алкогольной зависимости - 3,48; раза при авторитарном стиле воспитания - 2,42 (табл. 42).

Таблица 42

**Влияние социальных факторов на факт употребления НС и их аналогов
у кандидатов на службу в МВД России**

Социальные факторы	Однофакторная логистическая регрессия		Многофакторная логистическая регрессия*	
	ОШ	р-уровень	ОШ	р-уровень
Воспитание в неполной семье	4,35	<0,001	4,73	<0,001
Авторитарный стиль воспитания	3,50	<0,001	2,42	0,012
Конфликтность с учителями и сверстниками	1,01	0,934	1,04	0,843
Гиперопека со стороны родителей	55,5	<0,001	27,6	0,002
Эпизоды аутоагрессивного поведения в пубертате	0,45	<0,001	0,36	<0,001
Отягощенная наследственность по психическим расстройствам	5,27	<0,001	1,13	0,753
Отягощенная наследственность по алкогольной зависимости	7,70	<0,001	3,48	0,001
Четвертные двойки	1,40	0,039	1,44	0,114

Примечание: ОШ – отношение шансов; *многофакторная логистическая регрессия методом форсированного ввода.

При наличии эпизодов аутоагрессивного поведения в пубертате в 2,8 раза уменьшается шанс употребления НС, что, вероятно, является альтернативным способом снятием психоэмоционального напряжения.

Таким образом, наиболее значимыми психосоциальными ФР формирования деструктивного поведения с употреблением НС являются гиперопека со стороны родителей, отягощенная наследственность по алкогольной зависимости.

5.2. Личностные факторы риска, способствующие формированию деструктивного поведения с употреблением наркотических, токсических, психотропных средств

По данным КОТ, общий показатель интеллекта был достоверно ниже у кандидатов основной группы, хотя все базовые шкалы теста достоверных различий между группами не имели (табл. 43).

Таблица 43

Сравнение результатов теста КОТ у кандидатов на службу в МВД России, баллы, $M \pm m$

Шкалы	Кандидаты на службу		р-уровень
	Основная группа n=469	Группа сравнения n=647	
Общий показатель интеллекта	17,3±3,94	18,3±4,62	<0,001
Способность к обобщению	4,03±1,59	4,19±1,68	0,114
Пространственное мышление	3,72±1,56	3,96±1,75	0,017
Устойчивость мыслительной деятельности	3,69±1,70	3,79±2,00	0,405
Гибкость мыслительных процессов	3,76±1,51	3,95±1,69	0,500
Внимание	3,79±1,48	3,78±1,80	0,976

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок.

Анализ результатов личностного профиля СИМЛ выявил существенные различия между группами. По шкале лжи L (неискренности) различий между представителями обеих групп не обнаружено ($p = 0,525$), показатели в обеих группах были ниже 50 - T баллов, что свидетельствовало о достоверности проведенного исследования и отсутствии стремления у кандидатов на службу представить себя в более выгодном свете.

По шкале «F» у лиц основной группы показатели были существенно выше, что говорит о наличии у них внутриличностных противоречий; шкала «K» коррекции у них также была умеренно повышена, что отражало наличие отрицания проблем. У обследованных группы сравнения результаты, напротив,

указывали на склонность преувеличивать затруднения и конфликты, чрезмерно фиксироваться на значимости оценок своего поведения со стороны окружающих.

По шкале «невротический сверхконтроль» достоверно более высокие показатели отмечались у кандидатов основной группы что, вероятно, связано с наличием повышенного беспокойства за свое состояние, в отличие от лиц группы сравнения, которые были менее невротизированы, более открыты и имели хорошие способности к адаптации. «Пессимистичность» отражала наличие у лиц основной группы неудовлетворенности сложившейся ситуацией и нестабильного эмоционального фона в отличие от кандидатов группы сравнения, у которых признаки невротизации не прослеживались. Кандидаты на службу в основной группе были недостаточно требовательны к себе и своим поступкам, склонны к эгоцентричности, о чем свидетельствуют показатели по шкале «эмоциональная лабильность» (табл. 44).

Таблица 44

**Личностный профиль СМИЛ у кандидатов на службу
в МВД России Т- баллы, Me (Q1-Q3)**

Шкалы	Кандидаты на службу		p-уровень
	Основная группа n=469	Группа сравнения n=647	
L	46 (39-53)	48 (38-55)	0,525
F	53 (48-55)	44 (35-50)	<0,001
K	61 (55-66)	53 (49-60)	<0,001
Невротический сверхконтроль	50 (47-55)	48 (44-54)	0,001
Пессимистичность	53 (49-58)	51 (46-56)	<0,001
Эмоциональная лабильность	53 (47-57)	49 (43-55)	<0,001
Импульсивность	61 (56-68)	53 (45-60)	<0,001
Мужественность	49 (45-53)	65 (61-76)	<0,001
Ригидность	47 (44-53)	62 (50-68)	<0,001
Тревожность	54 (48-59)	54 (49-61)	0,019
Индивидуалистичность	56 (52-62)	58 (50-64)	0,865
Оптимистичность	62 (57-67)	49 (34-48)	<0,001
Социальная интравертированность	48 (45-52)	46 (39-54)	0,002

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни.

Наиболее значительные различия в показателях наблюдались по шкале «импульсивность», они указывали на склонность кандидатов основной группы к

рискованным спонтанным и мало продуманным поступкам, пренебрежению к общепринятым законам и нормам поведения, в группе сравнения, напротив, преобладали черты конформности. По шкале «мужественность» у лиц основной группы определялась тенденция к бесцеремонности, простоте и грубоватости в общении, им была свойственна переоценка своих способностей, в то время как представители группы сравнения более чувствительны, сентиментальны, доверчивы.

Показатель «ригидность» был достоверно ниже у кандидатов основной группы, что свидетельствовало об отсутствии твердости, целеустремленности, наличии склонности к пассивности и лени, а у лиц группы сравнения умеренное повышение говорило о наличии упорства, трудолюбия, напористости, доминирования в отношениях. Показатели шкал «тревожность» и «индивидуалистичность» значимых различий между группами не имели. Высокие значения по шкале «оптимистичность» в основной группе указывали на поверхностность, ненадежность, завышенную оценку своих возможностей, в группе сравнения показатель шкалы отражал отсутствие излишней активности, динамизм, адекватную оценку себя и окружающих.

Факторный анализ значимости преморбидных особенностей личности предрасполагающих к употреблению НС и их аналогов был проведен по двум группам обследованных кандидатов на службу и включал 10 элементарных переменных, представленных значениями базовых шкал СМИЛ.

В основной группе первый фактор (F_1) включил переменные (пессимистичность, ригидность и мужественность с отрицательным факторным значением), определяющие дисгармоничную личность с непереносимостью изменения привычного жизненного стереотипа, ригидностью установок и ограниченностью эмоциональных реакций. 2-й фактор (F_2) был представлен переменными, описывающими невротические личностные черты с повышенной раздражительностью, гипотимией. 3-й фактор (F_3) собрал переменные (импульсивность, ригидность и с отрицательным весом индивидуалистичность), свидетельствующие об аффективно-нестабильном, зависимом типе личности с

риском внезапных аффективных вспышек, и возможности появления эмоциональных срывов. Поведение данных лиц, преимущественно определялось социальным окружением, на которое они ориентируются при формировании своих ценностей (табл. 45).

Таблица 45

Факторный анализ личностных особенностей по профилю у кандидатов на службу в МВД России

Шкалы СМИЛ	Факторы *					
	Основная группа (n=469)			Группа сравнения (n=647)		
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₁	F ₂	F ₃
Невротический сверхконтроль		0,731		-0,828		
Пессимистичность	0,721			-0,633		
Эмоциональная лабильность						-0,411
Импульсивность			0,689		-0,723	
Мужественность	-0,623					0,680
Ригидность	0,608		0,742			
Тревожность					0,543	
Индивидуалистичность			- 0,532			
Оптимистичность		- 0,592		0,756	0,773	
Социальная интравертированность						-0,457
Компонент собственного значения (r)	2,5	1,8	1,7	3,2	2,2	1,2
% дисперсии	23,7	18,1	13,4	28,5	22,1	11,2

Примечание: здесь и далее, факторный анализ (анализ главных компонент, варимакс вращение);* – вывод факторных нагрузок 0,4 и более.

Для выявления личностных факторов способствующих устойчивости к формированию деструктивного поведения с употреблением НС, нами использовался факторный анализ. В 1-й фактор (F₁) вошли переменные («оптимистичность» и с отрицательным значением факторного веса «невротический сверхконтроль», «пессимистичность»), это свидетельствует о наличии в структуре личности оптимистичности, коммуникативности, низкой невротизации, стабильности эмоционального фона. 2-й фактор (F₂) состоял из переменных: «оптимистичность», «тревожность» и «импульсивность» (с

отрицательным факторным весом), что свидетельствовало о высокой социальной активности, адекватной самооценке, низкой склонности к ТАПР. 3-й фактор (F_3) включал переменные: «мужественность»; «эмоциональная лабильность и «социальная интравертированность» (с отрицательным факторным весом), в их характере преобладали стеничность, эмоциональная стабильность и общительность (табл. 45).

С помощью логистического регрессионного анализа было установлено, что факторами, способствующими эпизодическому употреблению НС и их аналогов являются: невротический сверхконтроль (24,9%; $r = 2,6$) со стереотипностью поведения (17,4%; $r = 1,3$), импульсивность и пессимизм (10,5%; $r = 1,2$).

Личностными особенностями, способствующими устойчивости к употреблению НС и их аналогов являются: оптимистичность и аффективная стабильность (28,5%; $r = 3,2$), активность жизненной позиции (22,1%; $r = 2,2$), стеничность, общительность (11,2%; $r = 1,2$).

Таким образом, личностными особенностями, способствующими формированию деструктивного поведения с употреблением НС и их аналогов, является преобладание в структуре личности (в преморбиде) невротических особенностей с импульсивностью, эгоцентричностью и пессимизмом.

При анализе тестов СМИЛ и КОТ у полицейских А.А. Нургалиев и соавт. (2015) выявили достоверные различия между не употреблявшими НС и однократно употреблявшими НС только по шкале «оптимистичность», которая была существенно выше у имеющих опыт употребления НС (53,8 и 59,8 соответственно) $p=0,068$ [113].

С учетом выявленных личностных ФР было необходимо рассмотреть вопрос о разработке методик прогноза формирования деструктивного поведения с употреблением наркотиков для улучшения качества профотбора полицейских.

5.3. Способ прогноза употребления наркотических средств и их аналогов кандидатами на службу в органы внутренних дел на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности

Необходимость проведения первичной профилактики наркомании в МВД России установлена Федеральным законом «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 30.11.2011 № 342-ФЗ [203]. В части 6 статьи 17 данного документа сказано, что «Граждане, поступающие на службу в ОВД, проходят в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел, психофизиологические исследования (обследования), тестирование, направленные на выявление потребления без назначения врача НС или психотропных веществ и злоупотребления алкоголем или токсическими веществами»[203]. Данный регламент реализуется как при медицинском отборе (ВВК), так и при профессиональном психологическом отборе.

В пункте 26 «Положения о военно-врачебной экспертизе», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565, [149] предусмотрено исследование биологических жидкостей организма человека на выявление основных групп НС, психотропных веществ и их аналогов: опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, метадон, фенциклидин. Однако в данном перечне отсутствуют современные дизайнерские синтетические наркотики, что исключает все возможности их выявления.

Наибольшую опасность для системы МВД России, при поступлении на службу представляют не кандидаты с нозологически сформировавшимися зависимостями, которые выявляются при проведении химико-токсикологических исследований и обследовании у врача-нарколога в профильном учреждении здравоохранения, а лица, эпизодически употребляющие НС, они часто имеют тесные связи с криминальными элементами. При их приеме на службу,

возрастает вероятность увеличения антисоциальных и суицидальных действий среди полицейских, совершенных в состоянии наркотического опьянения.

Для прогнозирования вероятности употребления НС кандидатами на службу в МВД России при проведении профессионального отбора на основе профиля стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) (Собчик М.Н. 2000) (регламентирован к использованию приказом МВД России 1130 от 24.12. 2014) нами применялся множественный регрессионный анализ. В качестве критерия прогноза был взят бинарный показатель: не употребляющие НС, употребляющие НС. Регрессионный анализ включал метод форсированного ввода переменных. Статистическая значимость модели была определена при $\chi^2=950,8$ ($p<0,001$); $-2 LL=567,8$; Нэйджелкерке $R^2=0,771$. Для каждой шкалы СМИЛ приведены ОШ, с коррекцией влияния других, включенных в регрессионную модель шкал СМИЛ (табл. 46).

Таблица 46

Независимые прогностические признаки употребления наркотических средств кандидатами на службу в МВД России

Шкалы СМИЛ	ОШ ¹	95%ДИ
Невротический сверхконтроль	0,935	0,903-0,968
Пессимистичность	1,038	1,007-1,069
Эмоциональная лабильность	1,123	1,083-1,164
Импульсивность	1,101	1,075-1,127
Мужественность	0,889	0,872-0,907
Ригидность	0,922	0,904-0,940
Тревожность	0,971	0,940-1,004
Индивидуалистичность	0,957	0,926-0,988
Оптимистичность	1,124	1,099-1,149
Социальная интровертированность	1,034	1,010-1,058

Примечание: ¹ – отношение шансов, скорректированное с учетом влияния других шкал, при множественном логистическом регрессионном анализе.

Коэффициенты регрессии для каждой из шкал и их статистическая значимость представлены в табл. 47.

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков употребления наркотических средств кандидатами на службу в МВД России

Шкалы СМИЛ	Код	B ¹	Значение статистики Вальда	p-уровень
Невротический сверхконтроль	X1	-0,067	14,2	<0,001
Пессимистичность	X2	0,037	5,8	0,016
Эмоциональная лабильность	X3	0,116	39,2	<0,001
Импульсивность	X4	0,096	63,0	<0,001
Мужественность	X5	-0,117	135,5	<0,001
Ригидность	X6	-0,081	63,5	<0,001
Тревожность	X7	-0,029	2,9	0,089
Индивидуалистичность	X8	-0,044	7,0	0,008
Оптимистичность	X9	0,117	107,9	<0,001
Социальная интровертированность	X0	0,033	7,8	0,005
Константа		-3,704		

Примечание: ¹ – коэффициент регрессионной модели.

В результате рассчитанных регрессионных коэффициентов и показателей ОШ для всех рассмотренных признаков показано, что мужественность и оптимистичность являются наиболее значимыми шкалами СМИЛ, отвечающими за употребление НС и их аналогов кандидатами на службу; далее по значимости располагаются ригидность, импульсивность, эмоциональная лабильность и, наконец, невротический сверхконтроль, социальная интравертированность, индивидуалистичность, пессимистичность и тревожность.

Формула модели:

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где $y=3,704 - 0,067*X1 + 0,037*X2 + 0,116*X3 + 0,096*X4 - 0,117*X5 - 0,081*X6 - 0,029*X7 - 0,044*X8 + 0,117*X9 + 0,033*X0$.

$P(\hat{y})$ – вероятность употребления НС ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); значение, близкое к «1», говорит о повышенной вероятности формирования данного исхода, а к «0» о низкой вероятности.

Распределение 1116 кандидатов на службу в зависело от наличия фактов употребления НС и прогнозировано с применением синтезированной логистической модели с точкой разделения 0,5.

Полученная модель позволяет прогнозировать употребление НС и их аналогов, на основе профиля личности по шкалам СМИЛ.

Пример конкретного выполнения способа.

Кандидат К. был обследован экспериментально -психологически с применением СМИЛ. Расчет базовых шкал СМИЛ показал следующие результаты: невротический сверхконтроль – 47; пессимистичность – 53; эмоциональная лабильность – 53; импульсивность – 5; мужественность – 39; ригидность – 41; тревожность – 56; индивидуалистичность – 50; оптимистичность – 62; социальная интравертированность – 43.

Пример расчета

$$y=3,704 - 0,067*47 + 0,037*53+ 0,116*53 + 0,096*58 - 0,117*39 - 0,081*41 - 0,029*56 - 0,044*50 + 0,117*62 + 0,033*43.$$

Вероятность употребления составила $P(y) = 0,864$ – высокая вероятность употребления НС.

При проведении клинического интервью кандидат К. признал употребление курительной смеси «спайс» в количестве 4 раз, информация была подтверждена специальным психофизиологическим исследованием с применением полиграфного устройства.

Таким образом, использование предлагаемого нами метода значительно повышает вероятность выявления употребления НС и их аналогов кандидатами на службу в ОВД при профессионально-психологическом отборе. Предлагаемый нами способ прост и удобен в использовании. Точность правильного прогноза вероятности употребления наркотических веществ у кандидатов на службу с применением предлагаемого нами метода составила 91,8%.

С учетом выявленных психосоциальных ФР необходимо внедрить в практику профотбора кандидатов на службу в полицию разработанную методику

прогноза формирования деструктивного поведения с употреблением наркотиков для улучшения качества профотбора полицейских.

5.4. Оценка динамики латентного наркопотребления у кандидатов на службу в органы внутренних дел

Было проведено сравнение выявляемости фактов употребления НС в 2013 г. - 603 обследованных и 2014 г. - 513 чел. В 2013 г. не все кандидаты на службу проходили СПФИ, в 2014 г. 100%. Сравнительный анализ показал, что в 2014 г. в отличие от 2013 г., выявлялся значимый ($p < 0,001$) рост количества лиц, употреблявших НС практически на 70%. В 2013 г. число лиц, систематически или многократно употреблявших НС достоверный ($p < 0,001$) рост употребления ими НС составил в 2013 г. число систематически употреблявших -12,8% в 2014 г. - 32,7%, что составило 42,1% и 80,5% соответственно, от всех не рекомендованных для трудоустройства).

Анализ других видов аддиктивного поведения среди кандидатов на службу в МВД России, употребляющих НС, показал наличие стабильно высоких показателей чрезмерного употребления алкоголя в 2013 и 2014 гг., достоверных различий по данному параметру выявлено не было.

В 2013 году количество выявленных фактов демонстративно-шантажного поведения было существенно ниже, чем истинных суицидов, в 2014 г. отмечался значительный рост аутоагрессивных поступков, совершенных с истинными суицидальными намерениями. Значительно возросло количество выявленных административных правонарушений, из которых преобладающими являлись употребление алкоголя в общественном месте, лишение водительского удостоверения из-за управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, другие грубые нарушения правил дорожного движения (табл. 48).

**Факты анамнеза у кандидатов на службу в органы внутренних дел,
употреблявших НС, абс., %**

Факты анамнеза	2013		2014		р уровень
	п 142	%	п 359	%	
Злоупотребление алкоголем	27	19,0	76	21,1	< 0,001
Истинные суицидальные попытки	1	0,7	13	3,6	< 0,001
Демонстративно-шантажное поведение	6	4,2	2	0,5	< 0,05
Административные правонарушения	18	12,6	64	17,8	< 0,001
Уголовные правонарушения оставшиеся не раскрытыми	6	4,2	12	3,3	< 0,001
Синкопальные состояния	11	7,7	34	9,5	< 0,001
Стойкие социальные связи с лицами употребляющими НС	86	60,5	232	64,6	< 0,001
Участие в незаконном обороте НС	21	14,8	54	15,4	< 0,112

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок межгрупповые различия достоверны при $p \leq 0,05$.

Имеются основания полагать, что все больше потребителей НС вовлекаются в их распространение. Примерно с одинаковой частотой в 2013 и 2014 гг. встречалось участие кандидатов на службу в незаконном обороте НС. Микросоциальная среда обследованных кандидатов на службу в 2013 и 2014 г.г. характеризовалась стойкими связями с лицами, употребляющими наркотики, что косвенно подтверждает крайне высокий уровень распространённости латентного наркопотребления.

За период с 2013 г. отмечалось достоверное ежегодное увеличение количества выявленных по медицинским документам синкопальных состояний у лиц, имеющих опыт употребления НС, что может быть связано с пагубным с вредными последствиями употреблением НС и клинически сформировавшимися наркотическими зависимостями (табл. 48).

Результаты анализа отражают неблагоприятную ситуацию по латентной наркотизации в регионе. При этом, по данным ВВК, лиц с диагнозами наркомания и пагубное употребление наркотических веществ выявлено не было, что свидетельствует об отсутствии достоверных сведений у врачей ВВК о лицах

употребляющих НС, т. к. их основная масса не попадет в поле зрения как гражданских наркологов, так и правоохранительных органов. Вызывает беспокойство тот факт, что лица, которым отказано в приеме на службу в МВД России, не берутся на наркологический учет и, вероятно, продолжают употреблять НС.

Для совершенствования профилактики употребления НС необходимо создание центров психического здоровья на базе региональных ЦПД МСЧ МВД РФ с введением в штатную структуру врачей-наркологов. Целесообразна разработка юридических основ взаимодействия ведомственных Центров МВД России с наркологическими службами здравоохранения для своевременного принятия мер по оказанию помощи лицам с пагубным употреблением наркотиков и зависимостями.

5.5. Роль специального психофизиологического исследования с применением полиграфного устройства при проведении профотбора

В 2013 г. в связи с ограниченными материально-техническими и кадровыми ресурсами для проведения СПФИ медицинские психологи направляли только тех кандидатов, которые по данным психодиагностических обследований с высокой вероятностью имели в анамнезе опыт употребления ПАВ.

В 2014 г. всем кандидатам на службу в МВД России проводилось СПФИ для выявления фактов употребления НС и их аналогов.

Следует отметить, что многократное употребление является одним из клинических критериев пагубного употребления ПАВ. Однако за рассматриваемый период данный диагноз при прохождении медицинского отбора ВВК выставлен только одному кандидату, у которого данным химико-токсикологического исследования не было выявлено факта употребления ПАВ, но при проведении СПФИ и осмотре у психиатра нарколога ВВК, он сообщил, что в течение 2 лет употребляет курительные смеси «спайс», с частотой до двух

раз в неделю. Заключение ЦПД на данного кандидата было передано психиатру ВВК и по результатам объективного обследования, был вынесен соответствующий диагноз.

В связи с недостаточно проработанным подходом к химико-токсикологической экспертизе синтетических курительных миксов, а также в связи с тем, что подавляющее большинство потребителей ПАВ из числа обследованных кандидатов на службу в МВД России не были наркозависимыми и прекращали их потребление на период прохождения медицинского и профессионального психологического отбора единственным объективным и результативным подходом для их выявления являлось СПФИ, которое проводилось в ЦПД МСЧ МВД России по субъектам Российской Федерации и позволяли эффективно отсеивать лиц, употребляющих различные НС.

К сожалению, приказом МВД России от 25.12.2014 № 1130 для выявления наркопотребителей не предусмотрено использование СПФИ, что исключает все возможности для выявления потребителей НС и их аналогов [151].

В связи с вышеизложенным необходимо в ближайшее время внести соответствующие изменения в нормативно-правовую базу МВД России и установить обязательное использование СПФИ в ЦПД МСЧ МВД России по субъектам Российской Федерации для эффективного выявления среди кандидатов на службу в ОВД лиц, употреблявших различные НС и их аналоги, в том числе «дизайнерские» ПАВ.

ГЛАВА VI. ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОМБАТАНТОВ В СИСТЕМЕ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

6.1. Катамнестическая оценка эффективности методов профотбора в Министерстве внутренних дел до внесения изменений в нормативно правовую базу

Для оценки эффективности методов профотбора, существовавших до 2015 г., методом случайной выборки были выделены две группы полицейских (глава II, стр. 61). Критериями успешности службы являлись: награжденные званием – «лучший по профессии», награжденные указаниями МВД России за успешное выполнение служебных обязанностей. Критериями неуспешности являлось: наличие дисциплинарных взысканий (строгий выговор, служебное несоответствие), за систематическое нарушение служебной и исполнительской дисциплины.

При анализе категорий пригодности было выявлено, что «успешных» полицейских были рекомендованы в первую очередь - 6 чел (8,4%), при поступлении на службу, в группе «проблемных» таких лиц выявлено не было. Достоверно ($p < 0,001$) чаще лица из группы «успешных» были отнесены ко второй категории психологической пригодности в сравнении с «проблемными» полицейскими - 59 чел (81,9%) и 39 чел (28,6%) соответственно.

«Успешные» полицейские достоверно реже ($p < 0,001$) были рекомендованы условно - 7 чел (9,7%), тогда как в группе «проблемных» - 36 чел (69,7%) – исходно были отнесены к группе «риска». Среди «успешных» полицейских, лиц с выводом «не рекомендован» зарегистрировано не было. Среди «проблемных» – 1 чел (1,7%) был принят на службу, имея четвертую группу психологической пригодности (рис. 8).

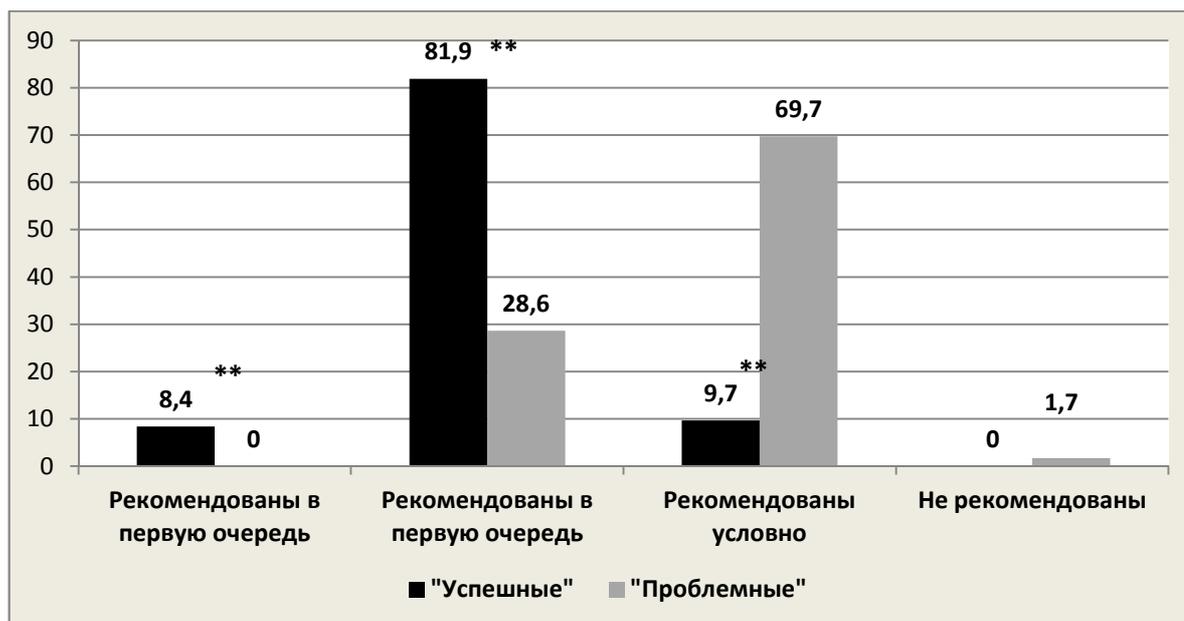


Рис.8. Категории психологической пригодности при поступлении на службу у «успешных» и «проблемных» полицейских, %

Примечание: межгрупповые различия достоверны при* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

При анализе результатов теста Кетелла достоверные отличия между исследованными группами были выявлены по следующим факторам: по фактору «В» Кетелла, достоверно более высокие значения определялись у группы «успешных» полицейских. В сравнении с «проблемными» лицами они были более сообразительны, адекватно анализировали ситуации и совершали осмысленные поступки. «Успешные» полицейские имели более высокий интеллектуальный уровень с развитым абстрактным мышлением, обладали собранностью, хорошей культурой и эрудицией, в отличие от группы «проблемных», которые отличались ригидностью установок, склонностью к эмоциональной дезорганизации.

Достоверно более высокие показатели фактора «С» у «успешных» полицейских свидетельствовали о хорошей эмоциональной устойчивости и зрелости суждений, выдержанности, спокойствии, работоспособности. Они объективно и реалистично оценивали окружающее, имели устойчивые интересы и цели. «Проблемные» полицейские были менее эмоционально устойчивы, склонны к аффективным реакциям, изменчивости настроения,

недостаточно стабильны в интересах, уступчивы, избегали отстаивать свое мнение в проблематичных ситуациях (табл. 49).

Таблица 49

Показатели теста Р. Кетелла у исследованных групп полицейских при поступлении на службу в МВД России, $M \pm m$, стены

Факторы	Группы, $M \pm m$		р-уровень
	Успешные n=72	Проблемные n=56	
А – общительность	7,3 \pm 2,3	7,1 \pm 5,3	0,345
В – интеллектуальность	6,8 \pm 3,4	5,1 \pm 3,1	<0,001
С – эмоциональная устойчивость	7,6 \pm 2,8	5,9 \pm 2,1	<0,001
Е – доминантность	5,5 \pm 1,3	7,4 \pm 3,3	<0,001
Г – беспечность	5,2 \pm 2,6	5,8 \pm 1,3	0,134
Г настоячивость	6,3 \pm 2,9	6,5 \pm 2,9	0,534
Н – смелость в социальных контактах	6,7 \pm 2,4	6,9 \pm 2,5	0,234
І – эмоциональная чувствительность	4,6 \pm 1,3	4,9 \pm 2,7	0,469
L – подозрительность	5,4 \pm 2,2	5,9 \pm 2,4	0,079
М – мечтательность	4,9 \pm 1,7	3,6 \pm 1,2	0,201
Н – дипломатичность	6,7 \pm 4,3	5,9 \pm 2,4	0,145
О – тревожность	4,3 \pm 1,1	5,0 \pm 2,2	0,117
Q1 – восприимчивость к новому	4,5 \pm 1,9	3,6 \pm 1,1	0,091
Q2 – зависимость от группы самостоятельность	4,6 \pm 2,3	4,0 \pm 1,6	0,187
Q3 – самодисциплина	8,2 \pm 3,5	6,5 \pm 1,9	<0,001
Q4 – напряженность	3,8 \pm 2,4	4,6 \pm 1,5	0,089
F1 – тревожность	2,9 \pm 1,3	6,2 \pm 2,3	<0,001
F2 – интроверт - экстраверт	6,7 \pm 2,8	6,8 \pm 2,9	0,145
F3 – сензитивность - реактивная уравновешенность	6,2 \pm 2,6	5,6 \pm 2,2	0,347
F4 – конформность -независимость	3,6 \pm 1,5	3,2 \pm 1,2	0,389

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок межгрупповые различия достоверны при $p \leq 0,05$ в табл. 49, 50

Были выявлены более низкие показатели фактора «Е» у І группы полицейских, что свидетельствовало об избегании лидерства, скромности, дипломатичности, в отличие от группы «проблемных» полицейских исходно они были более самоуверенны, неуступчивы, экспрессивны, агрессивны, конфликтны, упрямы, склонны легко выводиться из эмоционального равновесия авторитетным руководством.

Достоверно более высокие показатели отмечались у группы «успешных» полицейских» по фактору Q3, что свидетельствовало о наличии таких личностно-

характерологических особенностей как самолюбие, высокий волевой самоконтроль, целеустремленность, целенаправленность действий, поступков. У группы «проблемных» отмечались низкие цифровые значения данного фактора, им были свойственны: невнимательность, недисциплинированность, внутренняя конфликтность.

По фактору F1 у группы «успешных» полицейских были выявлены достоверно более низкие показатели, что можно в совокупности с остальными личностными особенностями интерпретировать как удовлетворенность имеющейся жизненной позицией и избегание трудных целей. В отличие от группы «проблемных», у которых исходно определялась выраженная личностная тревожность, снижение адаптационных возможностей, что в последующем приводило к нарушению целенаправленной деятельности (в том числе и на службе) (табл. 49).

Интегральный показатель теста КОТ у «успешных» полицейских был достоверно выше, чем у группы «проблемных» за счет способности к обобщению и анализу информации, отсутствия эмоциональной деструкции и гибкости мыслительных процессов, что подтверждалось и при анализе данных теста Кетелла (табл. 50).

Таблица 50

Результаты краткого отборочного теста у полицейских при поступлении на службу в МВД России, $M \pm m$, баллы

Шкалы	Группы, $M \pm m$		p-уровень
	Успешные n=72	Проблемные n=56	
Интегральный показатель	21,7 \pm 1,2	16,4 \pm 4,5	<0,001
Способность к обобщению и анализу информации	12,8 \pm 2,9	10,6 \pm 2,8	0,005
Способность к пространственному мышлению	1,9 \pm 1,1	1,3 \pm 0,2	0,136
Отсутствие эмоциональной деструкции	2,4 \pm 1,1	1,5 \pm 0,4	0,005
Гибкость мыслительных процессов	2,9 \pm 1,3	2,0 \pm 1,1	0,005
Способность к концентрации внимания	1,6 \pm 1,1	1,0 \pm 0,1	0,237

При анализе обобщенного личностного профиля СМИЛ при поступлении на службу были выявлены достоверные ($p < 0,001$) различия (рис. 9)..

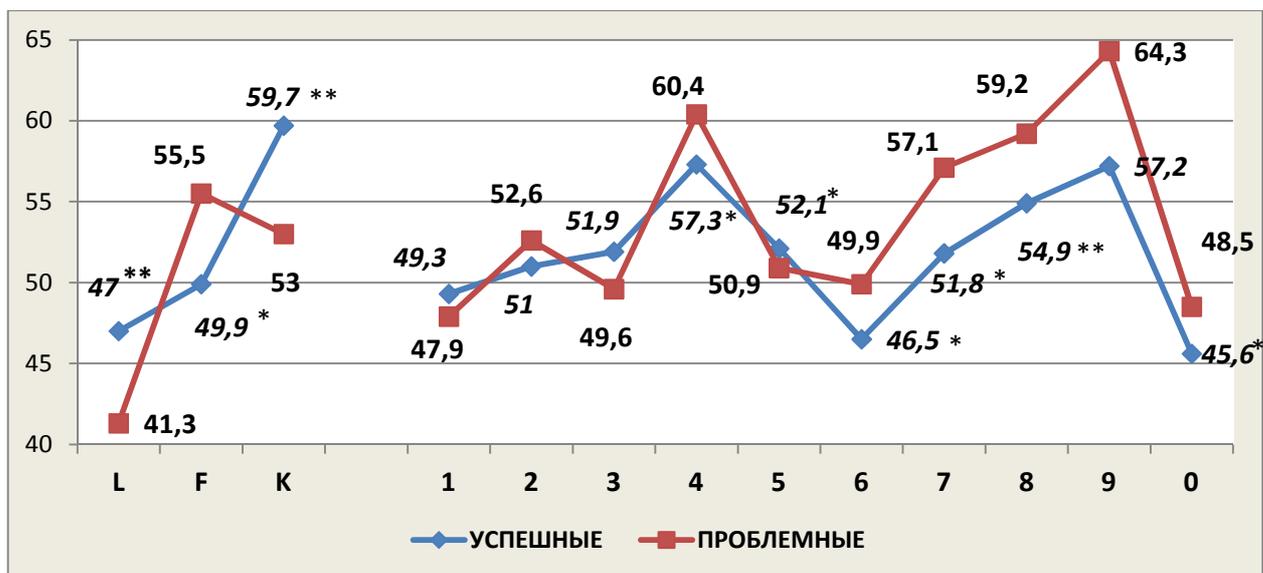


Рис. 9. Обобщенный профиль СМИЛ у «успешных» и «проблемных» полицейских
Примечание: межгрупповые различия достоверны при* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Личностные особенности «успешных» полицейских характеризовались: коммуникабельностью, отсутствием склонности к малопродуманным импульсивным поступкам, эмоциональной устойчивостью, достаточной гибкостью в поведении, преобладанием стеничных личностных особенностей, ориентацией на собственную точку зрения, независимостью в принятии решений. В группе «проблемных» исходный профиль личности свидетельствовал об эмоциональной незрелости, выраженной лабильности, повышенной импульсивности и ригидности, со склонностью к эксплозивным реакциям при общей позитивно-оптимистической настроенности на окружение

М.С. Потарыкина, изучая взаимосвязь индивидуально-личностных особенностей и дезадаптацию сотрудников МВД России, подчеркивает, что у кандидатов на службу, имеющих невротический тип СМИЛ, достоверно чаще в процессе службы формировалась психоэмоциональная дезадаптация и деструктивный тип поведения [133]. В нашем исследовании у «проблемных» полицейских шкалы невротической триады не являлись ведущими в профиле СМИЛ, пики профиля были представлены «оптимистичностью» и

«импульсивностью», что, вероятно, и обуславливало тип неадаптивного личностного реагирования в жестких служебных условиях.

Таким образом, прогноз успешности служебной деятельности по действовавшей до 2015 г. системе профотбора был эффективен в 91,3% случаев, разработка нового подхода должна быть основана на ранее проверенных и результативно применявшихся методах с учетом современных психосоциальных проблем общества описанных выше.

6.2. Особенности современной системы профессионального психологического отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел

Порядок проведения профессионального психологического отбора в МВД России, в настоящее время регламентирован:

1. Постановлением Правительства РФ от 06.12.2012 г. № 1259 от 2012 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации» [146];

2. Приказом МВД России от 01.10.2014 № 840 «О мерах по реализации в органах внутренних дел Российской Федерации постановления Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 № 1259» [152]

3. Приказом МВД России от 25.12.2014, 1130 «Об утверждении методик выявления злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий, а также критериев оценки результатов комплексного обследования, направленных на их выявление» [151].

Данные документы вступили в силу с 01.03.2015 г., с момента создания кадровых комиссий по профотбору.

К недостаткам нового порядка профессионального отбора на службу в МВД России относятся:

- профессиональный отбор стал более длительным и неоправданно громоздким;
- весь процесс занимает минимум 4 дня (при старой системе 1–2 дня);
- дублируются функции психологов ЦПД психологами кадровых подразделений: двукратное собеседование и сбор анамнеза, двукратное выполнение теста СМИЛ, в части случаев, предусмотренных вышеперечисленными приказами МВД России двукратное прохождение СПФИ;
- существенный рост стоимости обследований (за счет дублирования функций) примерная стоимость комплексного обследования одного кандидата до 01.03.2015 г. - 4945 рублей. Примерная стоимость одного обследования по новой системе – 8970. Если проанализировать общее количество обследований кандидатов на службу в Кировской области за 2014 год, которое составляло 1067 чел. – сумма, затраченная на обследования по прежней системе профотбора составила – 5.267.315 рублей, то по новой системе сумма получилась бы следующей – 9.570.990 рублей, а если рассчитать в масштабе страны 85 регионов со средним количеством кандидатов 800 чел. с одного региона: по старой системе – 336.260.000; по новой системе: 609.960.000, в год, рост стоимости составил более 55%. Это без учета дополнительных поставок оборудования так же за счет бюджетных средств (полиграфные системы, мультипсихометры);
- исключены из факторов риска неблагоприятные условия формирования, воспитания и развития личности (такие как отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, наличие у близких родственников суицидальных попыток);
- в профотборе не учитываются особенности предполагаемой должности и подразделения, полицейские спецназа, офицеры управления, рядовой состав ППС, тыловые службы (например, требования к интеллекту одинаковые как для рядового состава, так и для высшего начальствующего);
- исключены методики диагностики, позволяющие активно выявлять такие факты анамнеза кандидатов на службу, как: анонимное лечение у наркологов в

связи с наличием зависимостей и пагубного потребления алкоголя и ПАВ, употребление НС и иных ПАВ.

- не учитываются факты анонимного лечения кандидатов в связи с наличием ППР.
- выявление однократного употребления наркотических, токсических, психотропных средств без назначения врача в течение 5 лет, снижает уровень пригодности кандидата от «условно рекомендован» до «не рекомендован» при отсутствии иных ФР;
- экспериментально-психологические методики четко регламентированы, проводятся с помощью аппарата «Мультипсихометр», многие предлагаемые тесты не имеют шкал достоверности, и хотя общеизвестно, что уровень достоверности экспериментально-психологических обследований составляет не более 60–70%, вывод о степени годности кандидата к службе базируется только на показателях утвержденных методик без учета анамнеза, беседы и наблюдения, такая система не позволяет всесторонне изучить личность кандидата;
- при обследовании в ЦПД, направленном на выявление ФР формирования девиантного поведения «А», «Б», «Л» не предусмотрена комплексная оценка личности (не определяется уровень интеллекта, особенности личности, акцентуации характера, не учитываются факторы анамнеза и т. д.), а утвержденные методики практически не влияют на результат обследования и не дают нужной информации о кандидате, таким образом, вывод формализован, в виду невозможности дать полноценный прогноз;
- клинические психологи, работавшие с данным кандидатом, не присутствуют при принятии решения о категории пригодности кандидата и фактически лишены права подписи в итоговом заключении;
- комиссия по профотбору носит формальный характер и несмотря на то что является коллегиальным органом зависит от мнений кадрового аппарата региона при принятии решений;

- несмотря на то, что приказы по профотбору относятся к категории «для служебного пользования», все рекомендованные экспериментально-психологические методики широко представлены в Интернете, и любой кандидат может, предварительно изучив их на сайте, выполнить их идеально при профотборе;
- значение собеседования с психологом, как и таких методов как наблюдение и изучение анамнеза не позволяет фактически снизить уровень пригодности к службе при наличии выраженных ФР по этим данным, приоритет отдается тестовой системе, а объективные данные (анамнез, беседа, наблюдение) не учитываются вовсе.

Таким образом, в настоящее время на службу в полицию могут поступать кандидаты, имевшие в анамнезе девиации поведения, попадавшие в поле зрения психиатров, лица скрывшие факты анонимного лечения у врачей - наркологов и психиатров, имеющие выраженные акцентуации характера и девиации поведения. Все это неизбежно приведет к росту числа дезадаптивных реакций, девиантного поведения, несанкционированного применения огнестрельного оружия и суицидальных попыток среди личного состава МВД России.

6.3. Проблемы организации медико-психологического сопровождения личного состава в Министерстве внутренних дел России

В настоящее время в структуре МВД России штатным расписанием предусмотрены следующие специалисты ответственные за психическое состояние сотрудников: психологи по работе с личным составом (социальная психология), клинические психологи (ЦПД МСЧ по субъектам РФ), психиатры (структурные подразделения МСЧ: поликлиника, ВВК, ЦПД), наркологи (поликлиника МСЧ). Психотерапевты не входят в штатную структуру МСЧ в большинстве регионов РФ, имеется небольшое количество врачей психиатров, которые имеют сертификат психотерапевта, но при осуществлении функциональных

обязанностей врача-психиатра время для проведения психотерапии у них практически нет.

Таким образом, вся работа по психокоррекции возлагается на социальных психологов кадровых подразделений, которые, к сожалению, часто не имеют опыта и навыков проведения психокоррекционной работы здоровым сотрудникам и тем более не могут проводить психотерапевтические мероприятия с сотрудниками с ППР. Медицинские психологи входят только в штат ЦПД МСЧ и занимаются исключительно диагностической работой.

Основные проблемы при проведении медико-психологического сопровождения личного состава:

1. Диспансерный осмотр психиатром поликлиник МСЧ проводится формально, нагрузки при проведении психопрофилактических осмотров составляют до 50 чел., а иногда и более, за 8 часовой рабочий день, при этом у психиатра нет данных объективного клинико-психологического обследования, что является нарушением стандартов оказания психиатрической помощи.

2. Периодичность и объем обследований полицейских клиническими психологами ЦПД не регламентирован нормативно-правовыми документами.

3. Недостаточно организовано взаимодействие между психологами кадровых подразделений и психиатром поликлиники, результаты их экспериментально-психологических обследований и заключений до психиатра не доводятся.

4. Психокоррекционная работа в подразделениях проводится недостаточно или не проводится совсем в связи с отсутствием: кабинетов для приема, квалифицированных психологов, отсутствия навыков психокоррекционной работы.

5. Психотерапевтические мероприятия для пенсионеров-комбатантов МВД России, несмотря на то, что они являются прикрепленным к МСЧ контингентом, не осуществляются, лечебная психотерапевтическая и психиатрическая помощь оказывается в структурах гражданского здравоохранения или не оказывается вовсе.

6. Отсутствует четкая нормативно-правовая база, регламентирующая проведение плановых психопрофилактических осмотров сотрудников в системе МВД России.

7. Отсутствуют ставки врачей - психотерапевтов и необходимые лицензии на проведение клинической психотерапии.

8. Не предусмотрена учеба по клинической психотерапии для медицинских психологов.

6.4. Центр психического здоровья Министерства внутренних дел России структура, обоснование необходимости создания

При создании ЦПЗ МВД России необходимо объединить всех специалистов МВД России в области психического здоровья в единую структуру с едиными задачами и последовательными функциями (рис 10).

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 12) [203], а также в рамках приоритетного направления развития медицинской службы МВД России на 2014-2016 г.г., предлагаем рассмотреть вопрос о реализации проекта создания на базе ЦПД ФКУЗ МСЧ МВД России ЦПЗ, в состав которого предполагается включить специалистов психиатрического, психотерапевтического, наркологического профилей, медицинских психологов и социальных психологов кадровых подразделений, а также расширенной профильной комиссии по психическому здоровью (примерная структура представлена на рис.10).

Предложенный нами подход позволит создать единую систему непрерывной оценки поведения и психического здоровья сотрудников по показателям личностной и функциональной надежности, тем самым реализовать положения директивы МВД России.

Для улучшения качества диспансерных осмотров врачом-психиатром поликлиник МСЧ целесообразно внедрение поэтапного осмотра: медицинский психолог дающий заключение по результатам экспериментально-

психологического обследования и клинико-диагностического интервью, осмотр психиатром поликлиники. Данный подход позволит выявлять предикты социально-групповой, личностно-типологической, профессиональной дезадаптации, разрабатывать личностно-ориентированные индивидуальные программы с учетом психосоциальной динамики личностных характеристик сотрудников.

В соответствии с Приказом МВД России № 5 от 12.01.12 «О медико-психологической реабилитации» [150] сотрудникам, имеющим донозологические формы дезадаптивных реакций без выраженной негативной динамики, психокоррекционные мероприятия проводятся психологами по месту прохождения службы. Однако часто штатные психологи или отсутствуют, или не имеют возможности проведения психопрофилактической работы (отсутствие кабинетов психологической регуляции, невозможность проведения групповой психотерапии, отсутствие медицинского образования, навыков и знаний по проведению терапии, загруженность кадровой работой и профотбором), поэтому психокоррекционные мероприятия либо не проводятся, либо проводятся формально.

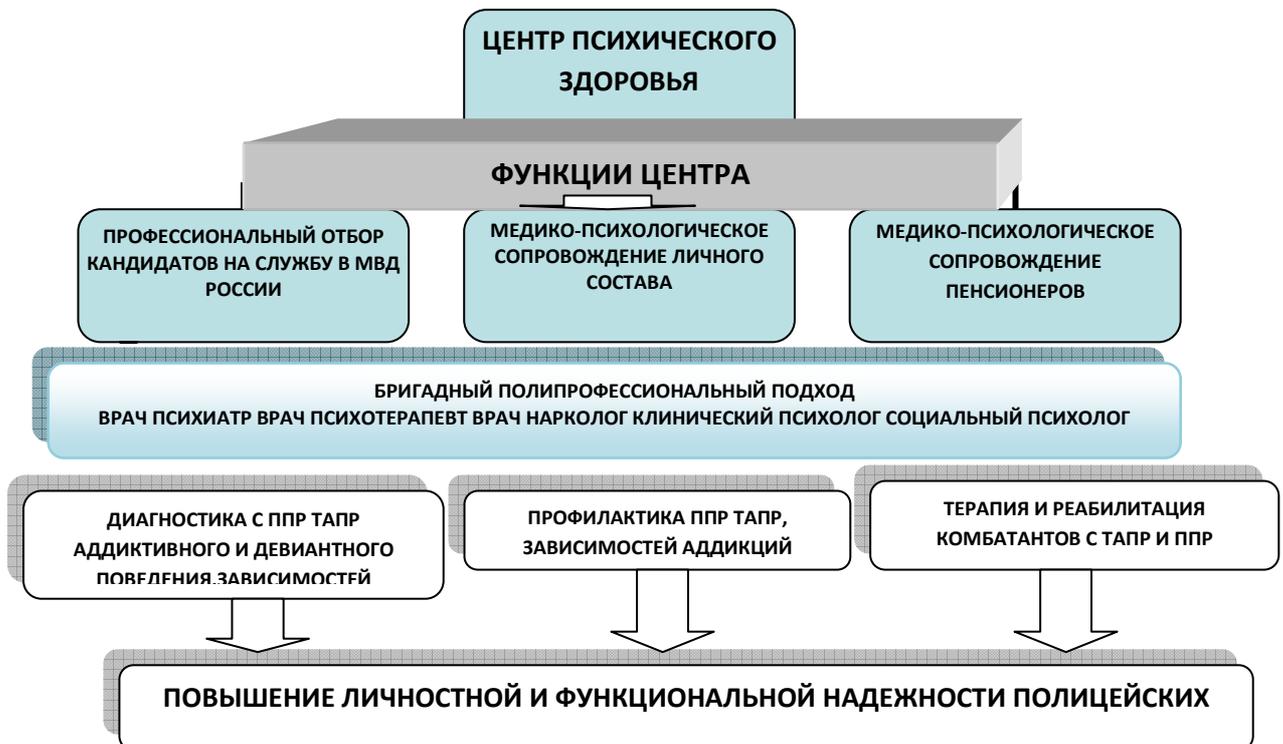


Рис. 10. Центр психического здоровья, функции

Создание ЦПЗ позволит осуществлять более тесное взаимодействие со структурами гражданского здравоохранения в области наркологии, для психопрофилактики наркологических заболеваний (рис 11).

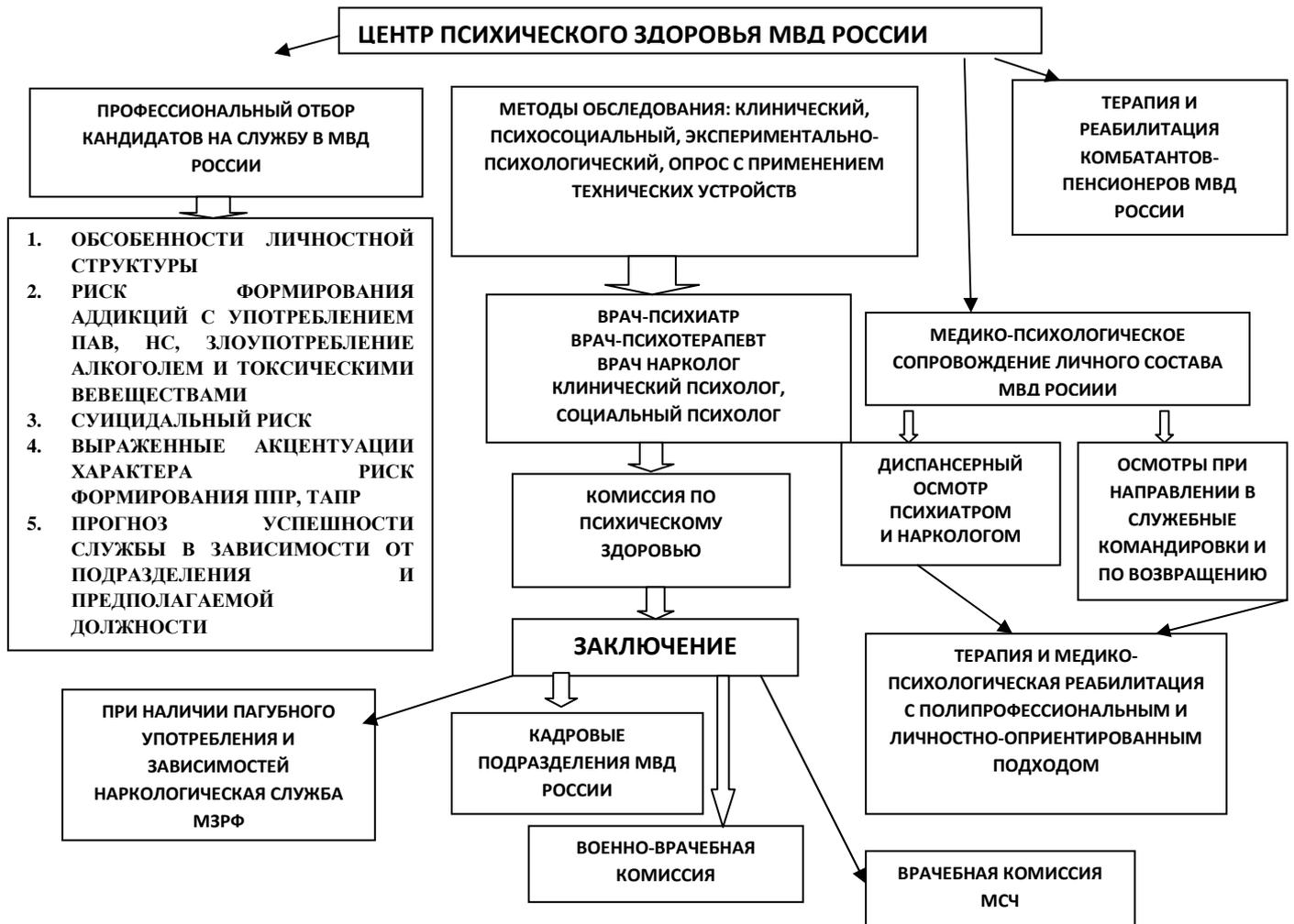


Рис. 11 Центр психического здоровья МВД России, функции, схема межведомственного и внутриведомственного взаимодействия

В настоящее время функциями ЦПД является исключительно психодиагностика. В ЦПЗ станет возможным выявление снижения уровня психического и физического здоровья на раннем этапе, проведение качественного профессионального отбора, медико-психологическое сопровождение с проведением психотерапии и психофармакотерапии по показаниям, оказание лечебной помощи пенсионерам МВД России.

При реализации проекта создания ЦПЗ появится возможность разработки и применения научно обоснованных, личностно-ориентированных программ индивидуальной и групповой психотерапии, с внедрением бригадного подхода при лечении ППР, выраженных акцентуаций личности с ТАПР у сотрудников МВД, что будет способствовать профилактике деструктивных форм поведения, формирования ППР и ТАПР.

В целом создание ЦПЗ позволит:

1. улучшить качество профотбора и медико-психологического сопровождения личного состава МВД России;
2. повысить качество ежегодных диспансерных осмотров психиатром;
3. обеспечить раннюю диагностику ППР у полицейских;
4. совершенствовать психооррекционную помощь сотрудникам м ситуационными невротическими реакциями, ТАПР, ППР;
5. своевременно выявлять факты немедицинского потребления НС, ПАВ и злоупотребление алкоголем среди сотрудников ОВД и кандидатов на службу;
6. осуществлять непрерывную психодинамическую оценку личностных особенностей, поведения, психического благополучия сотрудников;
7. проводить своевременную профилактику антисоциального, суицидального поведения сотрудников, обеспечивая их профессиональную и функциональную надежность;
8. оказывать более качественную помощь пенсионерам – комбатантам МВД России с психическими расстройствами и зависимостями.

Выявление сотрудников, употребляющих НС и злоупотребляющих алкоголем, при проведении плановой диспансеризации крайне важная и трудноосуществимая задача. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в отношении лиц несущих службу с оружием могут проводиться расширенные медицинские осмотры большим перечнем участвующих в них медицинских специалистов и применяемых методов обследования.

С учетом увеличения наркотизации населения России в целом и ежегодным ростом количества сотрудников, эпизодически употребляющих наркотики, ПАВ и злоупотребляющих алкоголем, считаем целесообразным введение в обязательный перечень специалистов, при прохождении ежегодной диспансеризации осмотр врача-нарколога и комплекса психодиагностических методов, используемых в ЦПД.

Функции врача-нарколога:

- 1) диагностика заболеваний наркологического профиля у поступающих на службу;
- 2) проведение ежегодной диспансеризации сотрудников ОВД;
- 3) выявление признаков злоупотребления алкоголем в соответствии с действующими стандартами МЗ РФ у сотрудников ОВД;
- 4) выявление потребления НС и ПАВ, признаков злоупотребления алкоголем с использованием результатов СПФИ у всех категорий обследуемых;
- 5) оценка результатов скрининговых ХТИ, направление положительных ХТИ в профильные учреждения;
- 6) динамическое наблюдение и контроль за сотрудниками у которых выявлены положительные результаты ХТИ;
- 7) направление сотрудников имеющих положительные результаты ХТИ на СПФИ, для уточнения характера и количества употребляемого алкоголя ПАВ и НС.

Данный комплексный подход позволит выявлять лиц из числа кандидатов на службу, у которых имеются заболевания наркологического профиля, а также сотрудников, эпизодически употребляющих НС, ПАВ и злоупотребляющих алкоголем, и будет соответствовать задачам программы организационно-практических мероприятий по подготовке к формированию системы обеспечения надежности профессиональной деятельности личного состава МВД России.

Основные функции специалистов ЦПЗ представлены в табл. 51.

Функции специалистов Центра психического здоровья МВД России

ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ФУНКЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ				
Психиатры	Наркологи	Психотерапевты	Клинические психологи	Социальные психологи
Профессиональный отбор кандидатов на службу (в том числе функции ВВК)	Профессиональный отбор кандидатов на службу (в том числе функции ВВК)	Проведение психотерапии с семьей, сотрудниками и пенсионерам МВД России с донологически ми невротическими реакциями, ППР, ситуационными реакциями и др,	Профессиональный отбор кандидатов на службу с применением экспериментально-психологических, и специальных психофизиологических методов исследования	
Диспансеризация личного состава с заключением клинического психолога с подробным описанием личностных особенностей и их динамикой	Ежегодная диспансеризация личного состава, с обязательными ХТИ. Диагностика девиантного поведения с употреблением наркотических, токсических, психотропных средств без назначения врача, пагубного употребления, зависимостей у сотрудников МВД	проведение индивидуальной и групповой психотерапии	Диспансеризация личного состава, диагностика личностных особенностей и динамики психических функций и психологических особенностей	Социально-психологическое изучение климата в служебных коллективах
Целевые психопрофилактические осмотры личного состава при направлении в служебные командировки вне мест постоянной дислокации и по возвращению			Целевые психопрофилактические осмотры личного состава при направлении в служебные командировки вне мест постоянной дислокации и по возвращению	Консультирование сотрудников органов внутренних дел по психологическим аспектам оперативно-служебной деятельности

Функции специалистов Центра психического здоровья МВД России (продолжение)

ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ФУНКЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ				
Психиатры	Наркологи	Психотерапевты	Клинические психологи	Социальные психологи
Диагностика, терапия ППР у сотрудников и пенсионеров МВД	Диагностика сопутствующих аддикций	Психотерапия ППР	Психологическое консультирование руководителей органов внутренних дел, по вопросам проведения индивидуальной профилактической и воспитательной работы с личным составом	
			Психокоррекционные мероприятия сотрудникам и пенсионерам МВД, в том числе участие в групповой психотерапии в качестве котерапевтов	
Реабилитация комбатантов – действующих сотрудников полиции	При наличии признаков хронической алкогольной интоксикации, диагностика наркологических заболеваний	Проведение индивидуальных и групповых форм психотерапии по показаниям	Участие в групповой психотерапии в качестве котерапевтов Психокоррекционные программы, тренинги умений, тренинги личностного роста Динамическая диагностика личностных особенностей, психосоциальной адаптации в быту и на службе	
Осуществление психиатрической экспертизы	Осуществление наркологических экспертиз		Осуществление психологических экспертиз с применением экспериментально-психологических исследований регламентированных для использования в МВД России	
СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЛИЦЕЙСКИХ ИХ ЛИЧНОСТНОЙ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАДЕЖНОСТИ				

При реализации проекта создания ЦПЗ МВД России появится возможность системного мониторинга за психическим состоянием полицейских, осуществлении профилактики девиантного поведения с употреблением НС и злоупотреблением алкоголем, формирования ТАПР и ППР, оказании своевременной комплексной полипрофессиональной помощи, повышением качества профессионального отбора кандидатов на службу в подразделения МВД России. Целесообразно разработать юридические основы взаимодействия ведомственных Центров МВД России с наркологическими службами здравоохранения для своевременного принятия мер по оказанию помощи лицам с пагубным употреблением НС и зависимостями. Создание ЦПЗ позволит осуществлять более тесное взаимодействие со структурами гражданского здравоохранения в области наркологии, для психопрофилактики наркологических заболеваний (рис. 2).

Это позволит качественно решить задачу сохранения личностной, профессиональной и функциональной надежности сотрудников органов внутренних дел.

6.5. Проведение реабилитации комбатантам с аффективными реакциями в анамнезе и негативной динамикой личностных особенностей в Центрах психического здоровья Министерства внутренних дел России

Основной целью проведения психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий с сотрудниками МВД России без клинически оформленных психических расстройств является психопрофилактика психоэмоционального выгорания, девиантных форм поведения, формирования пограничных ППР и психосоматических нарушений для обеспечения их функциональной надежности.

Характеристика общих видов психологической дезадаптации, методы ее диагностики и возможные варианты психокоррекционной и психотерапевтической работы представлены в таблице 52 .

Для улучшения качества психопрофилактической помощи сотрудникам МВД России при проведении психокоррекции и психотерапии выраженных акцентуированных особенностей характера целесообразно применение бригадного метода реабилитационной работы (с участием клинического психолога, психотерапевта, психиатра). При стёртых формах акцентуаций характера психокоррекция может проводиться психологами подразделений, что соответствует положениям приказов МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» [150]. Механизмы развития неблагоприятных отклонений в состоянии здоровья определяют первый и важнейших шаг проведения любых оздоровительных, восстановительных, лечебных и реабилитационных мероприятий. Важно использовать все имеющиеся возможности для исключения, временного ограничения или уменьшения интенсивности воздействия тех средовых стрессовых факторов, которые привели к формированию отклонений в состоянии здоровья или развитию заболеваний. Средством реализации этого положения является активная позиция психологов подразделений МВД России по предоставлению имеющихся дней отгулов, ускорению сроков предоставления очередного отпуска, временному изменению режима или характера работы и другие аналогичные меры для сотрудников, имеющих донозологические состояния и нуждающихся в проведении психокоррекционной работы. В медицинских организациях эта задача решается путем инициирования предоставления дополнительного отпуска продолжительностью до 30 суток для проведения медико-психологической реабилитации (в соответствии с частью 11 статьи 11 Федерального закона от 19.07.2011 № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации») или временного освобождения сотрудника от исполнения служебных обязанностей с оформлением листков нетрудоспособности [54].

Для всех типов функциональной дезадаптации рекомендуется применение групповой психотерапии. Техники работы выбираются в

зависимости от навыков практикующих психологов и уровня теоретической подготовки. Целью групповой психокоррекции личностных особенностей является улучшение адаптационных возможностей личности и формирование направленности на здоровый образ жизни.

Ее использование у сотрудников МВД России при направлении в служебные командировки для исполнения профессиональных задач в особых условиях и при крупномасштабных событиях, не только повышает эффективность служебной деятельности, но и сохраняет психическое и соматическое здоровье, предотвращает девиантные формы поведения.

Применение когнитивно-поведенческой психотерапии – в основе которой лежит предпосылка, что причиной психологических нарушений являются дисфункциональные убеждения и установки личности. Деадаптивные убеждения возникают при ошибочной переработке поступающей информации. Необходимо прямо воздействовать на мысли, установки комбатанта. Коррекция заключается в изучении деадаптирующих особенностей восприятия и логического мышления, для обучения более реалистичному способу восприятия своей жизни. Цели: прояснить или определить проблемы; помочь в идентификации мыслей, чувств, образов, ощущений; исследовать смысл событий для пациента; оценить последствия сохранения неадаптивных мыслей и видов поведения. Курс от 10 сеансов и зависит от типа деадаптации.

Рациональная психотерапия - вербальное воздействие специалиста на пациента путем беседы с разъяснением сущности его проблемы. Применяется для исправления заблуждений комбатанта относительно его проблем, путем воздействия через логическое (рациональное) убеждение. Курс терапии - от 15 сеансов и зависит от типа деадаптации и личностно-типологических особенностей.

Общие виды психологической дезадаптации, методы диагностики и варианты психокоррекции

Тип дезадаптации	Общая характеристика дезадаптации	Рекомендуемые методы диагностики	Рекомендуемые виды психокоррекции и психотерапии
Профессиональная	Снижение мотивационной сферы служебной деятельности, эффективности выполнения служебных задач, работоспособности	<p>Диагностическое интервью. Служебно-психологическая характеристика. Психодинамическая оценка СМИЛ. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Тест Спилбергера-Ханина. Диагностический скрининговый опросник (PDSQ).</p>	<p>Рациональная психотерапия (формирование мотивации к службе). Гипносуггестивная психотерапия. Когнитивно-поведенческая терапия (суггестивные методы), АТ</p>
Социально-групповая	Общее снижение межличностной коммуникативности в семье, на службе, в быту; аффективная нестабильность (вспыльчивость, конфликтные формы реагирования на обыденные ситуации); замкнутость с ограничением социальных контактов	<p>Диагностическое интервью. Служебно-психологическая характеристика. Психодинамическая оценка СМИЛ. Проективные тесты. МЛО «Адаптивность». Цветовой тест М. Люшера. Диагностический скрининговый опросник (PDSQ)</p>	<p>Рациональная психотерапия (формирование навыков коммуникации). Когнитивно-поведенческая терапия (проработка актуального аффективного состояния, обучение методам саморегуляции, повышение адаптационного потенциала личности). Групповая психотерапия</p>

Общие виды психологической дезадаптации, методы диагностики и варианты психокоррекции (продолжение)

Тип дезадаптации	Общая характеристика дезадаптации	Рекомендуемые методы диагностики	Рекомендуемые виды психокоррекции и психотерапии
Личностно-типологическая	Появление ранее не свойственных личностных особенностей в форме тревожности, снижения настроения, плохого самочувствия, изменения стиля привычного поведения, злоупотребление алкоголем	<p>Диагностическое интервью. Служебно-психологическая характеристика. Психодинамическая оценка ММИЛ (СМИЛ). Проективные тесты. МЛО «Адаптивность». Цветовой тест М. Люшера. Диагностический скрининговый опросник (PDSQ)</p>	<p>Рациональная психотерапия (отреагирование негативных эмоций и формирование критического отношения к поведению, ресоциализация с социально-позитивными установками). Когнитивно-поведенческая психотерапия. Групповая психотерапия</p>

Целью позитивной психотерапии является коррекция дезадаптивных состояний у комбатантов (психотерапевтический аспект), воспитание и профилактика (педагогический аспект). Принципы позитивной психотерапии: надежда – позитивный подход в определении ресурсных способностей человека; баланс – анализ психодинамических свойств личности, объективное осознание своих возможностей и способностей; самопомощь формирование адаптивного поведения на основе осознанных ресурсов личности. Курс от 15 сеансов и зависит от типа дезадаптации и личностно-типологических особенностей.

Групповой тренинг - метод психокоррекции, который применяется для изменения направленности личности и поведения, способствует улучшению межличностной коммуникативности, поведения, мотивации. Курс - от 5–6 длительностью по 1,5–2 часа.

Тренинг умений – курс обучения для улучшения качества жизни и исправления недостатков характера. Осуществляется систематическое обучение для изменения установок, поведения и достижения поставленных целей. Помогает развивать эмоциональные и личностные умения: планирование карьеры, принятие решений, коммуникативные навыки, повышение самооценки и уверенности в своих возможностях, решение проблем будущего, планирование, стрессоустойчивость. Курс - 5–6 сеансов длительностью по 1,5–2 часа.

Релаксационный тренинг направлен на снятие эмоционального напряжения, переутомления, восстановление и повышение трудоспособности, профилактику психосоматических заболеваний с помощью упражнений на расслабление и успокоение. Включает в себя упражнения на мышечное расслабление, успокоение, отвлечение мыслей человека от тревожащих его событий. Релаксация проводится на начальных этапах при участии психолога (врача-психотерапевта), а затем, при приобретении навыков, самостоятельно. За базовые упражнения следует

принимать элементы релаксации аутогенной тренировки по Шульцу. Курс до - 12 сеансов длительностью до 45 минут.

Группы встреч – особый вид групповой психологической работы, основанный на поиске подлинности и открытости в межличностных взаимоотношениях: необходимо осознание самого себя, формирование чувства ответственности, самораскрытия, фокусировки на происходящем «здесь и теперь». Используется для решения коммуникативных проблем, связанных с преодолением профессиональных конфликтов, и для самоактуализации личности. Курс 10–12 сеансов.

Типы акцентуаций характера с описанием ресурсов акцентуированной личности и рекомендуемые варианты психотерапии представлены в табл. 53.

Продолжительность и этапы медико-психологической реабилитации в зависимости от результатов комплексного психофизиологического обследования сотрудников органов внутренних дел после участия в служебно-боевых операциях (графа «Пункт приказа» в соответствии с приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних Российской Федерации») представлены в табл. 54.

Акцентуации характера, ресурсы личности и основные мишени психокоррекции

Тип акцентуации	Ресурсы акцентуированной личности	Мишени психокоррекции и психотерапии
Гипертимный	Высокая работоспособность, оптимистичность, активность, деятельность, общительность, быстрая адаптация к новым условиям	Коррекция субъективного восприятия действительности. Формирование навыков стабильности, целенаправленной деятельности (завершенность начатого), ответственности
Циклоидный	«Теплота чувств», готовность к помощи, сочувствию, действию	Формирование стабильности эмоционального реагирования, снижение выраженности цикличности эмоций
Лабильный	Вдумчивость, богатая чувственная сфера, способность к сопереживанию	Коррекция самооценки. Повышение адаптационного потенциала. Навыки уверенности в своих действиях, поступках. Профилактика психосоматических заболеваний. Снижение фиксации на малозначимых событиях и адекватное восприятие существующих проблем
Астено-невротический	Склонность к сочувствию, сопереживанию	Коррекция личностного адаптационного потенциала, реакции на внешние раздражители, стабилизация эмоциональных проявлений. Психопрофилактика психосоматических заболеваний, ипохондрии, утомляемости, аффективных колебаний

Акцентуации характера, ресурсы личности и основные мишени психокоррекции (продолжение)

Тип акцентуации	Ресурсы акцентуированной личности	Мишени психокоррекции и психотерапии
Сенситивный	Ответственность, впечатлительность, хорошо развитая интеллектуально-эстетическая сфера личности	Коррекция внутренних установок, снижение порога чувствительности и реакции на внешние раздражители, повышение самооценки
Психастенический	Глубокий анализ событий и чувств, аккуратность, рассудительность, аффективная стабильность, самокритичность	Формирование навыков устойчивости к внешним факторам. Стимулирование активности, деятельности. Профилактика «эмоционального выгорания». Обучение навыкам экономии «внутренних ресурсов», ограничение сомнений
Шизоидный	Творческая личность, независимость, самостоятельность, богатый внутренний мир	Коррекция ограниченной межличностной коммуникативности, расширение круга общения. Коррекция «эмоциональной холодности» Психопрофилактика девиантных форм поведения в форме агрессии и аутоагрессивных тенденций
Эпилептоидный	Бережливость, аккуратность, справедливость, педантичность, целеустремленность, настойчивость	Коррекция импульсивных, спонтанных эмоциональных реакций, ригидности, мелочности

Акцентуации характера, ресурсы личности и основные мишени психокоррекции (продолжение)

Тип акцентуации	Ресурсы акцентуированной личности	Мишени психокоррекции и психотерапии
Неустойчивый	Общительность, быстрая адаптация к новым условиям	Стабилизация повседневных эмоциональных реакций, профилактика импульсивных поступков. Формирование навыков межличностных коммуникаций
Конформный	Ровный эмоциональный фон. Хорошая приспособляемость к окружающему	Коррекция стереотипного отношения к событиям, ригидности установок. Формирование мотивации на позитивные социальные цели и окружение, повышение самооценки и значимости собственного мнения. Научение в отстаивании своей позиции
Истероидный (конверсионный)	Живость, активность, готовность пойти на риск, любопытство, оптимизм, стремление к публичности	Принятие существующей реальности. Коррекция «подлинности чувств». Коррекция эмоциональной незрелости, формирование адекватной самооценки
Комбатантная акцентуация	В зависимости от исходного типа личностных особенностей (до участия в боевых действиях)	Коррекция «стереотипно боевого» типа реагирования в мирной жизни. Реадаптирующие установки с формированием мотивации на социально-позитивные цели. Формирование направленности на здоровый образ жизни

Продолжительность и этапы медико-психологической реабилитации в зависимости от результатов комплексного психофизиологического обследования сотрудников органов внутренних дел после участия в служебно-боевых операциях (графа «Пункт приказа» в соответствии с приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних Российской Федерации»)

Пункт приказа	Формулировка заключения комплексного психофизиологического обследования	Код фактора риска и его вес	Продолжительность и этапы медико-психологической реабилитации
1.2.1.	Выявлены симптомы психической дезадаптации в эмоционально-волевой и когнитивной сферах личности. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации	Б 10. F 43.202 Б 10. F 43.213 (зависит от глубины эмоциональных нарушений)	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный (не менее 7 суток) • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 21-30 суток
1.2.2.	В психическом статусе определяются астенические симптомы, отражающие состояние кратковременной реакции дезадаптации. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации	Б 10. F43.23-2	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 18-30 суток
1.2.3.	Выявлены признаки дезадаптации в форме когнитивно-поведенческих реакций. Нуждается в проведении комплексной, поэтапной медико-психологической реабилитации	Б 10. F43.24 -2	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 18 -30 суток
1.2.4.	Обнаружено резкое снижение (срыв) адаптационных механизмов вегетативной регуляции системы кровообращения. Клинические признаки патологии. Нуждается в обследовании и лечении у терапевта, проведении комплексной медико-психологической	В 7. I10.2 В 7. I11.- 2 В 7. I44.2 В 7. I45.2	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 18 суток

Пункт приказа	Формулировка заключения комплексного психофизиологического обследования	Код фактора риска и его вес	Продолжительность и этапы медико-психологической реабилитации
	реабилитации		
1.2.5.	Выявлены признаки клинических симптомов ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении личностно-ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта	Б 10. F43.13	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.6.	Выявлены клинические симптомы тревожного типа ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении личностно-ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта	Б 10. F43.13	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.7.	Выявлены клинические симптомы расстройства адаптации с нарушением поведения, нуждается в комплексном, поэтапном проведении личностно-ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта	Б 10. F43.243 Б 3. Z72.13 При подтвержденном наркологом диагнозе (склонность к злоупотреблению алкоголем с вредными для здоровья последствиями) – Б 10. F 10.13	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.8.	Выявлены клинические признаки расстройства адаптации с психосоматическими нарушениями, нуждается в комплексном, поэтапном проведении личностно-ориентированной медико-психологической реабилитации, лечении и наблюдении у психотерапевта	Б 10. F43.252	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.8	Клинические признаки психосоматического типа ПТСР, нуждается в комплексном, поэтапном проведении личностно-ориентированной медицинской реабилитации,	Б 10. F43.13	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный

Пункт приказа	Формулировка заключения комплексного психофизиологического обследования	Код фактора риска и его вес	Продолжительность и этапы медико-психологической реабилитации
	лечения и наблюдении у терапевта и психотерапевта		<ul style="list-style-type: none"> • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.9.	Клинические признаки расстройства адаптации с психосоматическими нарушениями. Нуждается в проведении медико-психологической реабилитации, комплексном обследовании, лечении, наблюдении терапевта, гастроэнтеролога, психотерапевта	Б 10. F43.252	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.10.	Клинические признаки РА с психосоматическими нарушениями. Нуждается в проведении лично-ориентированной медико-психологической реабилитации, комплексном лечении, обследовании, наблюдении у терапевта, невролога и психотерапевта	Б 10. F43.222	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 30 суток
1.2.11.	Клинические признаки обострения хронической соматической патологии. Нуждается в проведении медико-психологической реабилитации, комплексном лечении и наблюдении у терапевта и узких специалистов	Маркер зависит от клинического варианта дезадаптации и нозологической структуры заболевания.	<ul style="list-style-type: none"> • Стационарный не менее 7 суток • Амбулаторный • Санаторно-курортный • Оценка эффективности • Общая продолжительность 18 суток

Примерные выводы заключений при медико-профилактических осмотрах и рекомендации для проведения психопрофилактической работы представлены в табл. 55.

Таблица 55

Выраженность акцентуаций характера, примерные выводы центров психофизиологической диагностики органов внутренних дел и компетенция специалистов при проведении психопрофилактических мероприятий среди сотрудников органов внутренних дел

Выраженность акцентуации характера	Примерные выводы и рекомендации центров психофизиологической диагностики органов внутренних дел	Компетенция при проведении психокоррекции
Невыраженные акцентуации характера	Изменений режима труда и жизнедеятельности не требуется. Показано наблюдение в динамике	Психолог подразделения
Выраженные акцентуации характера без признаков негативной динамики	Изменений режима труда и жизнедеятельности не требуется. С учетом личностных особенностей целесообразно проведение психокоррекционных мероприятий	Психолог подразделения
ТАПР у личностей с выраженной акцентуацией характера	Выявлены признаки состояния психологической дезадаптации в эмоциональной сфере у акцентуированной личности (указать тип акцентуации). Нуждается в комплексном проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий, направленных на стабилизацию аффективных реакций	Бригадный метод (медицинский психолог, психотерапевт, психиатр).

В связи с этим при проведении диагностических, психопрофилактических, лечебно-реабилитационных мероприятий целесообразно выделить: не выраженные акцентуации характера; выраженные акцентуации характера без признаков негативной динамики; транзиторные аффективные реакции у личностей с выраженными акцентуациями характера. Своевременное проведение терапии с бригадным полипрофессиональным подходом, будет способствовать профилактике формирования ППР, аддикций и повысит надежность личного состава МВД России.

ВЫВОДЫ

1. Психическое здоровье действующих комбатантов Министерства внутренних дел России после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях характеризуется наличием донозологических транзиторных аффективно-поведенческих реакций – 32,6% случаев и нозологических пограничных психических расстройств – 31,9%, в том числе: расстройств адаптации – 54,4%, среди которых кратковременная депрессивная реакция (F 43.20) – 21,1%, пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21) – 18,6%, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F 43.22) – 21,1%, с нарушением других эмоций (F 43.23) – 12,6%, с преобладанием нарушений поведения (F 43.24) – 20,5%, смешанное расстройство эмоций и поведения (F 43.25) – 6,1%; посттравматические стрессовые расстройства – 45,6%, из них тревожный тип (25,9%), эксплозивный (23,9%), соматоформный (27,6%) и конверсионный (22,6%). В процессе проведения реабилитации в группе лиц с пограничными психическими расстройствами наблюдается достоверная ($p < 0,001$) положительная динамика: у комбатантов с расстройствами адаптации и посттравматическими стрессовыми расстройствами в 83,3 и 67,4% случаев через месяц после начала терапии; в 93,1 и 89,9% случаев в течение года после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях; 98,9 и 96,6% через четыре года, соответственно.

2. Вследствие недостаточного оказания медико-психолого-реабилитационной помощи комбатантам-полицейским с транзиторно-аффективными поведенческими реакциями у них формируются выраженные комбатантные акцентуации с транзиторными психопатологическими симптомами в 77,0% случаев ($\chi^2 = 66,0$; $p < 0,001$); снижается успешность служебной деятельности в 31,5 % ($\chi^2 = 48,0$; $p < 0,001$); риск их формирования повышен у лиц с исходно выраженными демонстративными чертами личности (20,0; $p < 0,001$), имеющими осложненный пубертат ($\chi^2 =$

4,893; $p < 0,001$). У психически здоровых комбатантов в процессе службы повышается риск формирования состояний психической дезадаптации, снижается уровень социального функционирования и профессиональной надежности ($\chi^2 = 48,0$; $p < 0,001$) за счет заострения исходно-выраженных гипертимных (21,0; $p < 0,001$) и возбудимых (19,0; $p < 0,001$) акцентуаций характера и появления дезадаптивных комбатантных особенностей в структуре личности с высоким уровнем агрессивной мотивации (20,0; $p < 0,001$) и враждебности (8,0; $p < 0,001$).

3. Психосоциальными факторами, способствующими успешности службы комбатантов, являются: коммуникабельность ($\chi^2 = 49,074$; $p < 0,001$), средний интеллектуальный уровень (интегральный показатель интеллекта краткого отборочного теста не менее $21,7 \pm 1,2$ балла), быстрота в принятии решений ($\chi^2 = 27,034$; $p < 0,001$), отсутствие опыта употребления наркотических средств ($\chi^2 = 31,704$; $p < 0,001$), отсутствие склонности к импульсивным поступкам ($\chi^2 = 8,514$; $p < 0,001$), тревожный тип акцентуации характера ($\chi^2 = 19,674$; $p < 0,001$). Полицейских, имеющих данные особенности, целесообразно зачислять в кадровый резерв на вышестоящие должности, при этом не является препятствием наличие перенесенных пограничных психических расстройств со своевременно проведенной комплексной терапией и реабилитацией.

4. Точность правильного прогноза вероятности формирования психических расстройств у комбатантов при применении автоматизированных компьютерных методов, созданных с использованием множественного логистического регрессионного анализа на основе утвержденных Главным Центром психофизиологической диагностики экспериментально-психологических методик составляет: стандартизированный многофакторный метод исследования личности для пограничных психических расстройств – 77,0% (статистическая значимость модели при $\chi^2 = 298,9$; $p < 0,001$); для транзиторных аффективно-

поведенческих реакций – 90,6% (при $\chi^2 = 581,9$; $p < 0,001$); на основе методов И. О. Котенева и Басса – Дарки 80,2% (при $\chi^2 = 399,6$; $p < 0,001$) и 82,9% (при $\chi^2 = 423,8$; $p < 0,001$) соответственно.

5. У комбатантов – пенсионеров Министерства внутренних дел России, уволенных в связи с наличием психических расстройств, препятствующих дальнейшему прохождению службы, выявляется значимая ($p < 0,001$) негативная клиническая динамика: наличие инвалидности по психическому заболеванию в 38,6% случаев; завершённые суициды – 1,7%; пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя – 22,8%; алкогольная зависимость – 5,3%. Они имеют выраженные психосоциальные проблемы в виде разводов – 16,4%; заняты ручным трудом низкой квалификации – 11,5%, отмечают необходимость приема успокаивающих препаратов – 14,7%, что требует оказания медико-психологической и социальной помощи с регулярным динамическим наблюдением.

6. Основной причиной снижения профессионально-психологической пригодности кандидатов на службу в полицию на современном этапе является достоверный ($p < 0,001$) рост употребления ими наркотических средств (в 2013 г. число систематически употреблявших – 12,8%, в 2014 г. – 32,7%, что составило 42,1% и 80,5% соответственно от числа всех не рекомендованных для трудоустройства). Выделены следующие психосоциальные факторы риска употребления наркотических средств: повышение по шкалам мужественность (ОШ = 0,889) и оптимистичность (ОШ = 1,124) стандартизированного многофакторного метода исследования личности; повышение риска употребления наркотиков возрастает в 27,6 раза при наличии в анамнезе гиперопеки со стороны родителей (ОШ = 55,5; $p < 0,001$), в 4,7 раза при воспитании в неполной семье (ОШ = 4,35; $p < 0,001$), в 3,48 раза – при отягощенной наследственности по алкогольной зависимости (ОШ = 7,70; $p < 0,001$), в 2,42 раза при авторитарном стиле воспитания (ОШ = 3,50; $p < 0,001$). Для эффективного выявления лиц группы риска предложено проведение авторской экспресс-методики прогнозирования

употребления наркотических средств на основе стандартизированного многофакторного метода исследования личности, точность правильного прогноза составляет 91,8% при уровне статистической значимости $\chi^2 = 950,8$ ($p < 0,001$).

7. На основании ретроспективного анализа архивных данных за 12 лет «успешные» полицейские при поступлении на службу были «рекомендованы в первую очередь» – 8,4% случаев; «рекомендованы» без ограничений – 81,9%; рекомендованы условно – 9,7%, лиц с выводом «не рекомендован» зарегистрировано не было. Среди «проблемных» не было кандидатов, «рекомендованных в первую очередь»; «рекомендованы» без ограничений – 28,6%; «рекомендованы условно» – 69,7%; были «не рекомендованы» – 1,7%. Комплексный прогноз успешности служебной деятельности, проводившийся психиатрами и клиническими психологами по системе профотбора до 2015 г., был эффективен в 91,3% случаев. Проведение обследования в настоящее время социальными психологами кадровых подразделений не учитывает клинико-психопатологические факторы риска с существенным снижением качества отбора, увеличением объема и стоимости обследования на 55%.

8. Создание центров психического здоровья в медико-санитарных частях Министерства внутренних дел на базе существующих центров психофизиологической диагностики с объединением всех ведомственных специалистов в области психического здоровья (психиатров, психотерапевтов, клинических и социальных психологов кадровых подразделений) необходимо сопровождать введением в штатную структуру врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов для качественного осуществления трех основных направлений деятельности: профотбора, медико-психологического сопровождения личного состава (диагностика, терапия, реабилитация), сопровождения комбатантов-пенсионеров (терапия, реабилитация, ресоциализация).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется проводить медико-психологическую реабилитацию всем комбатантам, вернувшимся после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, с разработкой индивидуальных программ в соответствии с уровнем профессионально-психологической пригодности, личностными особенностями с обязательным применением психотерапии.

2. При профотборе и психопрофилактических осмотрах полицейских рекомендуется использовать методики вероятности формирования ППР и ТАПР с необходимостью установления автоматических программ для обсчета дополнительных шкал базовых и дополнительных тестов: СМИЛ, Басса – Дарки, методики И. О. Котенева, что повысит качество психопрофилактических осмотров и профотбора на должности связанные с участием в ЧС и не потребует дополнительных финансовых затрат на его проведение.

3. Для повышения эффективности профотбора в рамках проведения клинического экспериментально-психологического исследования для психиатра ВВК рекомендуется использовать методики эффективного исключения лиц, употребляющих НС, с применением экспресс-метода прогнозирования употребления НС на основе профиля СМИЛ. Необходимо закрепление использования данного метода в совокупности с полиграфной проверкой на законодательном уровне и внесением соответствующих изменений в нормативно-правовую базу МВД России.

4. Необходимо включать в индивидуальные программы медико-психологического сопровождения личного состава полиции групповые методы психотерапии, направленные на психопрофилактику деструктивного поведения со злоупотреблением алкоголем, НС, ПАВ, формированием установок на ЗОЖ и повышение мотивации к службе лицам с гипертизмными

и демонстративными акцентуациями характера.

5. Рекомендуется обеспечить непрерывное проведение медико-психологического сопровождения с применением психотерапии и бригадного подхода к комбатантам с демонстративными акцентуациями характера с взрывным компонентом; психотерапия должна быть направлена на профилактику формирования ТАПР и нарушений поведения и проводиться с участием членов семьи. При отсутствии регулярного медико-психологического сопровождения с участием психиатров, психотерапевтов и клинических психологов данные лица имеют неблагоприятный психосоциальный прогноз службы.

6. В медико-психологическое сопровождение полицейских с тревожной и педантичной акцентуациями характера и высокими интеллектуальными показателями целесообразно включить клиническую когнитивно-поведенческую психотерапию для купирования тревоги и сопутствующих психопатологических симптомов и профилактики формирования ППР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психическое здоровье комбатантов после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, согласно результатам настоящего исследования, характеризуется формированием ППР более чем у 30% обследованных, и ТАПР у 32%. Наши данные подтверждают исследования многих авторов, отмечающих высокую распространенность ППР у комбатантов во всем мире (особенно в последние десятилетия), что связано с экстремальным характером службы и частым участием в урегулировании межнациональных конфликтов [79, 93, 106, 128,129, 234, 358]. Так, по данным с В.Е. Жовренчука (2014), полученным при обследовании военных отмечено, что несмотря на многолетние реформы в Вооруженных силах России, направленные, в том числе и на улучшение медицинского обеспечения, общий уровень заболеваемости психическими расстройствами среди военнослужащих остается высоким, в клинической картине преобладают РА и нарушения поведения [66, 67]

Нозологическая структура выявленных нами у комбатантов-полицейских психопатологических нарушений полиморфна и представлена преимущественно РА - 54,4%: кратковременная депрессивная реакция 21,1%; пролонгированная депрессивная реакция - 18,6%; смешанная тревожная и депрессивная реакция - 21,1%; РА с нарушениями других эмоций 12,6%, с преобладанием нарушений поведения - 20,5%; смешанное расстройство эмоций и поведения - 6,1%. Клинически оформленные ПТСР диагностированы в 45,6% случаев (тревожный тип 25,9%, эксплозивный 23,9%, соматоформный 27,6% и конверсионный 22,6%). По изученным многочисленным данным распространенность ПТСР у комбатантов колеблется от 17 до 43% от всех участников боевых действий [49,90,92,100,107]. Согласно мнению М.М. Аксенова и соавт., психогенные невротические состояния у лиц опасных профессий, представлены структурированными и относительно стабильными пограничными расстройствами в их «классических» формах проявления (истерические,

диссоциативные, депрессивные, навязчивые, тревожно-фобические, астенические картины, «невроз истощения») [5].

В работах В.М. Волошина, отмечается полиморфность психопатологической симптоматики у комбатантов с выраженными неврозоподобными нарушениями, соматовегетативными расстройствами, эмоционально-волевым снижением [41]. В настоящем исследовании, клиническая симптоматика у комбатантов с ППР характеризовалась симптомами: повторного переживания травматических событий у 63,9% с кошмарными сновидениями в 44,6% случаев, при этом, «flashback» симптоматика с выраженными психосоматическими проявлениями в форме тахикардии, потливости, повышения артериального давления при повторном переживании травмы встречалась у 63% респондентов, избегание мыслей, ощущений, людей («всего, что напоминало о травме») у 46% полицейских; психогенная амнезия в структуре симптома избегания лишь у 1,3%.

Т.Г. Погодина и соавт. (2004) в структуре клинических проявлений ППР у участников ЧС отмечали превалирование в структуре нарушений истеро-конверсионных симптомов с приступами паники и фобий [135]. По нашим данным конверсионная симптоматика была характерна только 1,9% полицейских, а фобические реакции на триггерные стимулы встречались только у 1,3%.

Г.А.Фастовцев (2009) описывал психопатологические нарушения у комбатантов, которые сопровождались избегающим или антисоциальным агрессивным поведением [200]. Мы не выявили, антисоциального, агрессивного поведения у действующих полицейских, в связи с ранней диагностикой ППР и своевременным началом терапии, данные состояния встречались у лиц с выраженными ППР, препятствующими прохождению службы. Социальная адаптация психически здоровых комбатантов в 78,7% случаев характеризовалась успешным продолжением службы. У комбатантов, получавших терапию в связи с наличием ППР успешность

социальной адаптации была на уровне психически здоровых лиц, при этом чаще, чем полицейские других групп они назначались на вышестоящие должности, и реже имели взыскания за нарушение служебной дисциплины.

Наши данные при изучении динамики психической заболеваемости среди комбатантов значимо отличаются от исследований О.А. Швецово́й и А.Е. Кохановой (2010), которые выявили, что фоне роста количества ППР, увольняемость среди военных перенесших ППР составляет - 61,4% в связи с клинической резистентностью к терапии и наличием психосоциальных последствий [217]. Похожие данные отмечены в работах Д.В. Свечникова и соавторов (2015), где показано, что невротические расстройства у военнослужащих являются ведущей для оборонных ведомств патологией, приводящей к досрочному увольнению и крайне негативно отражающейся на боеспособности армии [164]. По нашим данным, своевременное оказание полипрофессиональной помощи комбатантам с ППР, не только не приводит к увольнению, но и не является препятствием для профессионального роста. В процессе проведения реабилитации у комбатантов с ППР наблюдается достоверная ($p < 0,001$) положительная динамика: у полицейских с РА и 83,3 и ПТСР в 67,4% случаев через месяц после начала терапии; в 93,1 и 89,9% случаев в течение года и в 98,9 и 96,6% через четыре года, соответственно. В.К. Шамрей (2011) в своих исследованиях отмечал, что выявленные нарушения у комбатантов редко приводили к тяжелому нарушению социальной адаптации, но ощущались больными как затрудняющие возможность адекватной реализации их личностного потенциала, они не связывали их с перенесенным заболеванием, расценивали их «взросление» [212].

К.А. Идрисов (2011) отмечал, что у комбатантов, подвергшихся комплексному воздействию экстремальных факторов полная клиническая картина ПТСР присутствует у 31,2%, а 67,7% здоровые лица, при этом у них наблюдаются навязчивые воспоминания о пережитом событии в 55,6%, симптомы избегания у 43,7% [73], по нашим данным симптомы избегания

присутствуют у 22,9 %, а навязчивые воспоминания свойственны 25,4% комбатантов-полицейских без клинической нозологии.

Наши данные существенно отличаются от результатов исследования Ю.Ю. Стрельниковой (2014) по ее данным, после пребывания в зоне вооруженного конфликта у 17,5% сотрудников ОВД выявлялись донозологические невротические реакции, по нашим данным у 31,5 % комбатантов. Клиническая симптоматика, характерная для ПТСР, встречалась у лиц с ТАПР, отличаясь по продолжительности и степени выраженности нарушений. Несмотря на отсутствие жалоб, характерных для ПТСР, после возвращения из командировок и в дальнейшем, у них отмечалась существенная негативная психосоциальная динамика, с формированием выраженной комбатантной акцентуации и аффективно-поведенческими реакциями, что связано с отсутствием терапии и качественного медико-психологического сопровождения в межкомандировочный период. Ю. А. Александровский (2005) считает, что личностные декомпенсации у комбатантов с ПТСР могут проявляться патохарактерологическими реакциями [7], при этом клиника ПТСР часто не укладывается в клинические критерии МКБ-10 и DSM-IV.

Наши данные согласуются с исследованиями Ц.П. Короленко (2009), который, подчеркивал дезадаптивный характер характерологических трансформаций у комбатантов в гражданской жизни [93]. Похожие изменения описывает Е.М. Епачинцева и соавт. (2015), где личностные особенности описаны как фон для формирования ППР и нарушений поведения в мирных условиях жизни [61], а так же с исследованиями К.М. Ирдисова (2011), где они рассматриваются с позиции снижения межличностной коммуникативности, в том числе и в семье [73]. При сравнении клинической симптоматики у комбатантов с ТАПР в анамнезе и ППР нами было выявлено, что симптомы повторного переживания травматических событий и кошмарные сновидения (18,6 и 44,6% соответственно $p < 0,001$), отмечались в обеих группах комбатантов, но

достоверно чаще встречались у лиц с ППР. Диссоциативные проявления на триггерные стимулы в структуре симптома повторного переживания травматического события достоверно чаще выявлялись у лиц с ТАПР (3,9% и 1,9%; $p < 0,05$). «Flashback» симптомы с выраженными психосоматическими проявлениями в форме тахикардии, потливости, повышения артериального давления при повторном переживании травмы зафиксированы в обеих группах, но наиболее часто у комбатантов с ППР (25,4 %, 63,9 %; $p < 0,001$).

Симптомы эмоциональной дефицитарности с социальной интравертированностью, такие как снижение интереса к ранее значимым событиям (2,9%, 30,2%; $p < 0,001$), ощущение отстраненности и отгороженности (2,3%; 9,5%; $p < 0,05$), снижение уровня эмоционального реагирования (10,9%, 29,2%; $p < 0,001$) встречались в группах респондентов с ТАПР и ППР, но достоверно чаще присутствовали у лиц с ППР. Ощущение отсутствия перспективы отмечалось только у лиц с клинически сформировавшимися ППР, как и наличие психопатологических симптомов, продолжительностью более месяца, что свидетельствует о том, что заболевание сформировалось еще в период исполнения служебно-оперативных задач вне мест постоянной дислокации, и пациентам требовалась терапия еще до этапа эвакуации в безопасный район.

Многие авторы, пишут о том, что наличие ТАПР у комбатантов без терапии, является фоном для формирования ППР, а при наличии отдельных симптомов ПТСР, таких как бессонница, симптомы вторжения и избегания вызывают личностные реакции гнева, заостряют проявления индивидуальных аномалий характера, что приводит к ухудшению отношений и дезадаптации [130, 133, 137]. Фобические реакции на триггерные стимулы встречались в группах примерно с одинаковой частотой (0,9%, 1,3%; $p = 0,478$). Избегание мыслей, ощущений, людей (все, что напоминало о травме) выявлены в обеих группах респондентов, но частота существенно выше, у лиц с ППР (22,9%, 46,8%; $p < 0,001$). Следует отметить, что у

комбатантов с ТАПР достоверно чаще встречалась психогенная амнезия в структуре симптома избегания в отличие от лиц с ППР (3,9%, 1,3%; $p < 0,05$)

В исследованиях В.Н. Краснова (2005) и Е.А. Косенко (2012) отмечено что аффективные реакции при возможной общности с ПТСР отдельных симптомов, при отсутствии своевременной терапии и реабилитации, приводят к формированию девиантного и аддиктивного поведения с ростом антисоциальных и суицидальных действий у участников боевых действий [86,96].

Размытые критерии постановки диагнозов не позволяют относить к категории сформировавшихся ППР кратковременные нарушения психической адаптации, развивающиеся спонтанно на фоне воздействия триггерных стимулов. Наши данные согласуются с мнением С.Б. Семичева, который отмечал, что несмотря на наличие отчетливого патологического радикала, донозология отличается от болезни отсутствием одного или нескольких необходимых компонентов для постановки нозологического диагноза [166]. А.А. Марченко (2013) подчеркивает, что диагностическая надежность при следовании традиционной иерархической модели «симптом – синдром – нозология» составляет только 33,9% для синдромологического уровня и 41,2% – для симптоматологического [113].

По данным В.М. Лыткина, невротические и патохарактерологические реакции можно рассматривать как первый этап формирования невроза, за которым следует ослабление невротической симптоматики с заострением исходных личностных особенностей [110], что соответствует и нашей концепции исследования.

В исследованной литературе мы не нашли систематизации личностных и психологических особенностей, повышающих риск возникновения ТАПР у комбатантов. При анализе преморбиды у данных лиц выявлено, что риск формирования ТАПР существенно ($p < 0,001$) повышен у комбатантов с исходно выраженными демонстративными чертами личности имеющими осложненный пубертат

Изучения особенностей психосоциальной адаптации у психически здоровых сотрудников силовых структур в доступной литературе нами обнаружено не было. По нашим данным, у психически здоровых комбатантов в процессе службы повышается риск формирования состояний психической дезадаптации, достоверно снижается уровень социального функционирования и профессиональной надежности ($p < 0,001$) за счет заострения исходно-выраженных гипертимных и возбудимых акцентуаций характера и появления дезадаптивных комбатантных особенностей в структуре личности с высоким уровнем агрессивной мотивации (20,0; $p < 0,001$) и враждебности (8,0; $p < 0,001$). В динамике служебной деятельности, у них изменяется психическое самочувствие, формируются симптомы эмоционального выгорания с редукцией профессиональных обязанностей, снижается продуктивность профессиональной деятельности и нарастают черты комбатантной акцентуации характера.

При исследовании катамнеза комбатантов-пенсионеров МВД России, уволенных в связи с наличием психического расстройства, нами выявлена негативная клиническая динамика: наличие инвалидности по психическому заболеванию встречалось у 38,6%; пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя - 22,8%, алкогольная зависимость - 5,3%, завершённый суицид - 1,7%. Выраженные психосоциальные проблемы в виде: разводов имели 16,4%; пагубного употребления алкоголя - 19,8%; наличия суицидов - 1,7%; заняты ручным трудом низкой квалификации 11,5%; отмечали необходимость приема успокаивающих препаратов 14,7%, что свидетельствует о необходимости совершенствования подходов к терапии, реабилитации и ресоциализации пенсионеров-участников боевых действий. Эти данные согласуются с результатами Л.В. Грачева и В.А. Сергеева (2013), полученными при сравнительном анализе профессиональной занятости обследуемых и числа уволенных из ОВД РФ лиц по негативному мотиву (конфликтные ситуации на работе, несоответствие занимаемой должности и пр.) [52].

Многие современные авторы одной из актуальных проблем ведомственной пограничной психиатрии называют необходимость разработки новых подходов к диагностике невротических, в том числе и адаптационных нарушений, отмечая, что недостатки в диагностических подходах приводят к выявлению заболеваний на этапе хронизации, что в дальнейшем становится причиной формирования выраженных РЛ с последующей инвалидизацией комбатантов [8, 28, 37, 46, 57, 82, 106, 129, 140, 174].

Нами разработаны и предложены для использования при проведении психопрофилактических осмотров автоматизированные компьютерные методы прогноза вероятности формирования ППР с использованием множественного логистического регрессионного анализа на основе утвержденных Главным Центром психофизиологической диагностики экспериментально-психологических методик: стандартизированного многофакторного метода исследования личности с точностью правильного прогноза формирования для ППР – 77,0% (статистическая значимость модели при $\chi^2=298,9$; $p<0,001$); для ТАПР - 90,6% (при $\chi^2=581,9$; $p<0,001$); на основе методов И.О. Котенева и Басса Дарки 80,2% (при $\chi^2=399,6$; $p<0,001$) и 82,9% (при $\chi^2=423,8$; $p<0,001$), соответственно.

По мнению Е.М. Епачинцевой. и соавт. (2015), психическое здоровье комбатантов более чем в 20% случаев характеризуется стойким расстройством настроения в виде сочетания напряжённых аффектов тоски и злобы, склонности к разрушительным действиям вплоть до криминальных поступков, кроме того, у них выявляется злоупотребление алкоголем [61], однако по нашим данным, аффективные расстройства которые выявляются у комбатантов не всегда имеют негативную динамику и при комплексном лечении, реабилитации могут редуцироваться в достаточно короткий срок.

Встречаются исследования, в которых отмечено, что результативность терапии психогенных расстройств у участников боевых действий, ниже, чем у гражданского населения [74, 86, 110], что противоречит нашим

результатам исследования, проведение комплексной терапии психогенных расстройств у комбатантов приводит к существенной редукции основных психопатологических симптомов.

Следует отметить, что динамика характерологических особенностей и структуры личности у всех комбатантов различна, в зависимости от перенесенного расстройства, исходных особенностей личности.

Проведенный дифференцированный анализ личностных изменений у комбатантов, с учетом преморбидного фона и типа течения ПТСР, показал, что у комбатантов, получавших терапию в связи с тревожным типом ПТСР, заостряется преморбидно высокая личностная тревожность ($62,6 \pm 2,7; p \leq 0,001$) с формированием на ее фоне, импульсивных ($62,4 \pm 3,4, p \leq 0,001$) дискommunikативных ($70,0 \pm 3,3, p \leq 0,001$) индивидуально-типологических особенностей. Данные изменения мы условно отнесли к комбатантной акцентуации «тревожно-интравертированного типа».

У полицейских с взрывным типом ПТСР сформировалась комбатантная акцентуация личности с выраженным нарушением межличностной коммуникативности ($64,4 \pm 2,5, p \leq 0,001$), взрывным поведением ($61,9 \pm 4,1, p \leq 0,001$), пессимизмом ($62,5 \pm 1,4, p \leq 0,001$), импульсивностью ($62,5 \pm 4,1, p \leq 0,001$) «взрывно-пессимистический тип». У комбатантов с соматоформным типом ПТСР, произошло заострение исходных тревожно-невротических личностных особенностей ($65,1 \pm 2,7, p \leq 0,001$) с выраженными проблемами в межличностных коммуникациях ($63,8 \pm 2,6, p \leq 0,001$) и сформировалась комбатантная акцентуация «тревожно-невротического типа». У лиц, в анамнезе которых имелся конверсионный тип ПТСР, при нивелировании исходно-выраженных личностно-типологических особенностей гипертимно-индивидуалистического типа, сформировались черты комбатантной акцентуации с «ригидно-дисфорическим» компонентом.

По Е.В. Снедкову (2008) комбатантные акцентуации, характеризуются своеобразным мировосприятием, подозрительностью, ранимостью,

нарушением межличностной коммуникативности и являются субклиническим вариантом ПТСР [170]. Он относил аффективно-поведенческие реакции к преболезненному регистру, подчеркивая что патохарактерологические изменения, в среднем, начинаются через два года после психической травмы [171].

По нашим данным, у многих комбатантов на фоне сохранения тревожности выявлялись эквиваленты эмоциональной дефицитарности с риском формирования неадекватного реагирования в повседневной жизни, что диктует необходимость совершенствования организации психокоррекционной работы при медико-психологическом сопровождении личного состава. Так и у психически здоровых комбатантов, не получавших медико-психологической помощи, через месяц после командировки, достоверно ($p \leq 0,001$) возникала негативная динамика психического состояния, влияющая на социальное функционирование. У них существенно ($p \leq 0,001$) повышался риск формирования различных видов психологической дезадаптации, что без оказания помощи может привести к выраженным комбатантным акцентуациям, психосоматическим заболеваниям и формированию ППР [221].

Патохарактерологические реакции у комбатантов имеют неопределенный прогноз как в отношении выздоровления, так и в формировании нозологии [107, 129, 172, 191, 202, 213, 312].

В настоящем исследовании у комбатантов с ТАПР при динамическом наблюдении, выявлялись признаки формирования взрывных личностных изменений, часто приводящих к нарушению социальной адаптированности в мирной жизни.

Согласно нашим данным, у комбатантов, не получавших лечения, через четыре года после командировки выявлялся высокий уровень физической агрессии и враждебности, социальная адаптация характеризовалась проблемами на службе с наличием взысканий за нарушение служебной дисциплины – 31,5%, редким выдвижением резерв руководящего состава -

18,0% и назначением на вышестоящие должности 16,4%, большим количеством разводов - 22,3% , что свидетельствовало о наличии личностной деформации приводящей к социальной дезинтеграции в мирной жизни и, вероятно, обусловлено не только чертами комбатантной акцентуации, но и перенесенным кратковременным ППР с отсутствием своевременной терапии.

В некоторых исследованиях подчеркнуто, что донозологические нарушения ввиду их нерезко выраженного характера остаются вне поля зрения специалистов [33,77,103], такая же ситуация происходит в медицинской службе МВД России, в виду того, что комбатанты скрывают имеющиеся проблемы из за страха потерять работу, поэтому необходим активный подход к диагностике данных заболеваний. Согласно проведенному нами скрининг - анкетированию с использованием разработанной анкеты для определения субъективной самооценки психического состояния комбатантами, до 65% комбатантов-полицейских в межкомандировочный период отмечают негативные изменения характера в совокупности с отдельными психопатологическими симптомами и социальными затруднениями.

В.А. Шеповал (2015) основной проблемой психопрофилактики девиаций в МВД называет то, что большинство отклонений в психическом здоровье сотрудников носят латентный характер. Для их выявления и экспертной психолого-психиатрической оценки традиционно используемые психиатрические и психологические критерии трудно применимы, а большинство ведомственных психологов, не имеющих специальной клинко-психологической подготовки, не выявляют латентную психопатологию у сотрудников [214].

Нами были разработаны ряд методики прогноза формирования ТАПР и ППР у комбатантов на основании стандартных психодиагностических методик, рекомендованных к применению Центром психодиагностики МВД России. На основе данных базового профиля СМИЛ была предложена модель прогноза формирования ППР. Статистическая значимость модели

определялась при $\chi^2=298,9$ ($p<0,001$); $LL=590,8$; Нэйджелкерке $R^2=0,496$. Точность прогноза формирования ППР с применением данной модели составила 77,0%. Низкий уровень точности прогноза, вероятно, свидетельствует о том, что нельзя прогнозировать развитие ППР у комбатантов только на основании шкал СМИЛ.

Для расчета модели прогноза формирования ТАПР у комбатантов был использован метод форсированного ввода переменных. Статистическая значимость модели при $\chi^2=581,9$ ($p<0,001$); $-2 LL=316,7$; Нэйджелкерке $R^2=0,790$. Как и в предыдущем случае, для каждой шкалы СМИЛ определены ОШ скорректированные с учетом влияния других шкал теста, включенных в регрессионную модель. Рассчитаны коэффициенты для независимых прогностических признаков развития ТАПР у комбатантов на основе профиля личности СМИЛ. На основании полученных регрессионных коэффициентов и ОШ показано, что социальная интроверсия ($B^1 = -1,121 - 83,9$; $p<0,001$) и оптимистичность ($B^1 = 0,079 - 69,6$; $p<0,001$) являлись самыми значимыми шкалами СМИЛ, формирующими склонность к ТАПР. Точность правильного прогноза формирования ТАПР с применением вышеуказанной модели составила 90,6 %, что позволяет прогнозировать развитие ТАПР у комбатантов на основе профиля личности по шкалам СМИЛ. Целесообразно использование данного метода при профотборе на должности, связанные с экстремальными условиями служебной деятельности.

Для создания модели прогноза формирования ТАПР на основе базовых шкал методов ПТСР И.О. Котенева и уровня агрессивности Басса-Дарки использовался множественный регрессионный анализ. Прогнозировался бинарный показатель – «условно здоровые комбатанты, у которых в анамнезе выявились ТАПР». Регрессионный анализ использован с методом пошагового исключения. Статистическая значимость модели - при $\chi^2=423,8$ ($p<0,001$); $-2 LL=465,1$; Нэйджелкерке $R^2=0,645$.

При снижении показателя шкалы «симптомы вторжения» ($1/0,937 = 1,06$) в 1,06 раз увеличивается риск формирования ТАПР у комбатантов.

При увеличении на 1 балл показателей шкал «симптомы гиперактивации»; «дистресс и дезадаптация»; «наличие признаков ПТСР»; «физическая агрессия»; «вербальная агрессия» более чем в 1 раз увеличивается риск формирования ТАПР у комбатантов. Это показывает, что риску формирования ТАПР более подвержены комбатанты, которым свойственна гиперактивность в повседневной жизни и высокий уровень физической агрессии, при этом пусковым фактором формирования ТАПР не являются симптомы вторжения травматического события.

Точность правильного прогноза вероятности формирования ТАПР у комбатантов с применением вышеуказанных методик составила 82,9%. Полученная модель позволяет прогнозировать формирование ТАПР у лиц опасных профессий, целесообразно использование данного метода при проведении плановых психопрофилактических осмотров полицейских.

Для прогнозирования ППР у комбатантов на основе базовых шкал теста И.О. Котенева, метода Басса-Дарки использовался множественный регрессионный анализ. Прогнозировался бинарный показатель – «условно здоровые комбатанты, у которых в анамнезе выявлялись ППР». Модель была статистически значима при $\chi^2=399,6$ ($p<0,001$); $-2 LL=481,9$; Нэйджелкерке $R^2=0,622$. Увеличивается шанс формирования ППР при снижении на 1 балл следующих шкал теста И.О. Котенева: «агравация» ($1/0,969 = 1,03$) в 1,03 раза; «диссимуляция» ($1/0,952=1,05$) 1,05; «симптомы гиперактивации» ($1/0,942 =1,06$) в 1,06 раза; «косвенная агрессия» ($1/0,656 = 1,52$) в 1,52 раза; «негативизм» ($1/0,603 = 1,66$) в 1,66 раза; «враждебность» ($1/0,853 =1,17$) в 1,17 раза.

При увеличении следующих показателей шкал на 1 балл, увеличивается шанс формирования ППР у комбатантов: «симптомы вторжения» в 1,033 раза; «дистресс и дезадаптация» в 1,038 раза; наличие признаков ПТСР в 1,014 раз; «физическая агрессия» в 1,183 раза; «обида» в

1,507 раза; «вербальная агрессия» 1, 15 раза. Точность правильного прогноза вероятности формирования ППР у комбатантов с применением вышеуказанных методик составила 80,2%. Целесообразно использовать данную модель при проведении плановых психопрофилактических осмотров у комбатантов в период между командировками в зоны ЧС.

Полученные результаты подтверждают данные Р.Г. Набиева (2015), который в своих работах отмечал, что высокий преморбидный уровень нейротизма можно рассматривать в качестве предиктора в развитии ПТСР. Уровень экстравертированности- интровертированности существенно влияет на частоту и интенсивность симптомов ПТСР [126]. Наши данные противоречат исследованиям Р. Гизатуллина (2014), который, напротив, описывал отсутствие личностных особенностей у полицейских, которые могли бы свидетельствовать об ожидаемых неблагоприятных изменениях здоровья в результате психомоционального и физического напряжения в условиях экстремальных ситуаций [43].

Результаты исследования свидетельствуют, что формированию ППР достоверно ($p \leq 0,001$) чаще подвержены тревожные полицейские с выраженными признаками косвенной агрессивности к окружающему, преувеличивающие имеющиеся проблемы, с признаками психологической дезадаптации в эмоциональной сфере личности. У них в анамнезе, существенно ($p \leq 0,001$) чаще встречались стрессовые ситуации в детстве и пубертате связанные со смертью одного из родителей -22,4%, они чаще воспитывались в неполной семье 13,5% и имели повышенную тревожность (58,0) в сочетании с хорошими интеллектуальными способностями (26,0), они реже имели опыт употребления ПАВ и НС – 3,6%.

Психосоциальный анализ факторов анамнеза комбатантов, при проведении профотбора показал, что лица, у которых были зафиксированы ТАПР в период службы, в пубертате были склонны к аутоагрессивному поведению в форме преднамеренных самоповреждений 4,5% (порезы,

множественные татуировки, преднамеренные ожоги), у них чаще встречалась отягощенная наследственность по алкогольной зависимости 23,5%.

С учетом исследованной динамики психосоциальных особенностей, важным является вопрос стабилизации модифицированных структурно-характерологических свойств и поведения, приводящих к разному уровню психосоциальной адаптации у комбатантов [35,100,119].

Недостатки в организационных подходах и психиатрической помощи лиц опасных профессий, в своих исследованиях отмечают многие авторы. А.В. Погосов и соавт. (2012), изучая условия формирования и течения ПТСР, сделали вывод, что развитие у больных стойких личностных отклонений и затяжных стрессовых расстройств в значительной мере связано с недочетами в организации психиатрической помощи [140]. М.Т. Топорков (2012) в своих работах отмечал, что в Афганистане игнорирование опыта прошлых войн не позволило создать штатно-организационные структуры, обеспечивающие психиатрическую помощь на современном уровне, и в итоге к концу пребывания советского военного контингента в этой стране санитарные потери психиатрического профиля достигли соотношения 1:3 к численности боевых санитарных потерь. На долю острых аффективных расстройств пришлось 29,8% случаев боевой психической травмы [194].

При несвоевременной диагностике и отсутствии комплексной психокоррекционной помощи формируются хронические невротические нарушения, что существенно снижает качество жизни сотрудников, увеличивает риск проявлений различных форм девиантного поведения (в том числе злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков).

Полицейские и их руководство часто отрицают проблемы психологического и социального неблагополучия [77], что в дальнейшем приводит к формированию не только выраженных комбатантных акцентуаций личности, но и, в ряде случаев, пограничных психических расстройств (ППР). Самым распространенным способом снятия эмоционального напряжения среди данной категории лиц является

употребление алкоголя, приводящее в последующем к серьезным проблемам в семье и на службе [115]. В связи с этим актуальным для преодоления последствий боевого стресса и продолжения исполнения служебных обязанностей является выявление отклонений в психологическом состоянии на ранних этапах [148], а также изучение спектра возникающих у комбатантов психосоциальных проблем для разработки программ реадaptации.

Е.О. Бойко и соавт. (2012) описывают необходимость целостного подхода к оказанию психиатрической и наркологической помощи населению, при котором необходимо учитывать клинические, терапевтические, организационные, социально-средовые и личностные факторы и оценку больным своего состояния. Преимущество такого подхода заключается в привлечении к лечебному и реабилитационному процессу больного с формированием у него ответственности за социальное поведение и способствует улучшению социальной адаптации [28].

В. Я. Семке и соавт., анализируя причины развития у участников боевых действий стойких личностных отклонений, также пришли к выводу, что это в значительной мере связано с недочетами в организации психиатрической помощи [165].

Е.В. Подчасов и Г.И. Ломакин (2011) описывают необходимость разработки моделей, методов и способов коррекции и профилактики при организации мероприятий психосоциальной работы, реабилитации и реадaptации лиц пострадавших в экстремальных стрессовых ситуациях; с определением уровня их эффективности [138].

Актуальность совершенствования организации психолого-психиатрической помощи полицейским, отмечают многие ведомственные психиатры, психологи, представители кадровых структур подразделений МВД России. Так, В.В. Тураносова и В.А. Шаповал (2013) отмечают, что при появлении в СМИ информации о чрезвычайных происшествиях (ЧП), связанных с неадекватными поступками и противоправными действиями

переаттестованных сотрудников полиции, проблема организации превентивной диагностики, реабилитации и терапии, для сохранения их профессионального и психического здоровья остается высоко актуальной [195].

Так, на состоявшейся вскоре после прогремевшего на всю страну очередного ЧП в казанском отделе полиции «Дальний» коллегии МВД России в фокусе особого внимания руководства ведомства оказались требующие безотлагательного решения проблемы организации многоступенчатой системы выявления у сотрудников признаков психических отклонений, проведения их обязательных периодических психофизиологических обследований, а также обеспечения надежности профессиональной деятельности личного состава [228], где было отмечено, что социальные психологи кадровых подразделений правоохранительных органов не достаточно компетентны в области клинической психологии и не имеют знаний по психиатрии. Это требует пересмотра функций, и структуры организации психопрофилактических мероприятий.

В соответствии с Приказом МВД № 5 от 12.01.12 «О медико-психологической реабилитации», сотрудникам, имеющим донологические формы дезадаптивных реакций, без выраженной транзиторной негативной динамики, психокоррекционные мероприятия проводятся психологами по месту прохождения службы [150]. Однако часто штатные психологи или отсутствуют, или не имеют возможности проведения психопрофилактической работы (отсутствие кабинетов психологической регуляции, невозможность проведения групповой психотерапии, отсутствие медицинского образования, навыков и знаний по проведению терапии, загруженность кадровой работой), поэтому, психокоррекционные мероприятия либо не проводятся, либо проводятся формально.

Нами обосновано создание Центров психического здоровья с объединением разрозненных в настоящее время подразделений МВД России, с ведением в их структуру врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов, клинических и социальных психологов, что позволит обеспечить

совершенствование диагностической, лечебно-психокоррекционной, психопрофилактической помощи.

Эмоциональное выгорание, профессиональная деформация, суициды, нарушения служебной дисциплины, алкоголизм, употребление наркотических средств без назначения врача в значительной мере обусловлены отсутствием дифференцированного подхода к изучению психологических и деловых качеств кандидатов на службу в ОВД на этапе их профессионально-психологического отбора на службу [55, 59].

Ретроспективный анализ архивных протоколов обследования комбатантов при поступлении на службу, показал, что среди «успешных» полицейских - 8,4% были рекомендованы в первую очередь, в группе «проблемных» таких лиц выявлено не было; достоверно ($p < 0,001$) чаще они были отнесены ко второй категории профпригодности в сравнении с «проблемными» - 81,9% и. 28,6% соответственно, и достоверно реже ($p < 0,001$) были рекомендованы условно - 9,7%, тогда как в группе «проблемных» были исходно отнесены к группе «риска» - 69,7%. Комплексный прогноз успешности служебной деятельности, проводившийся психиатрами и клиническими психологами по системе профотбора до 2015 г. был эффективен в 91,3% случаев. Литературных источников по оценке эффективности профотбора нами обнаружено не было.

Несмотря на то что, Е.С. Душкин (2015) отмечает, что на всех исторических этапах развития МВД России была и остается довольно актуальной сама задача, которая заключается в формировании профессионального, компетентного, высококультурного, нравственного, морально и психологически устойчивого сотрудника органов внутренних дел, отвечающего всем основным требованиям, предъявляемым к нему обществом и государством [59], проведение обследования в настоящее время социальными психологами кадровых подразделений не позволяет решить эту задачу, так как не учитывает клинико-психопатологические ФР, что приводит к снижению качества отбора, увеличению объема и стоимости

обследования в два раза. Кроме того, в критерии ФР не включены: отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, наличие в анамнезе фактов лечения в связи с невротическими и поведенческими расстройствами [191], что, по нашему мнению, приведет к тому, что в полицию будут служить лица с низким порогом устойчивости к стрессовым факторам, и повысит заболеваемость психическими расстройствами среди личного состава МВД России. Это противоречит основным направлениям кадровой политики МВД России, которая определяет приоритет отбора для граждан с позитивной мотивацией, хорошим правосознанием, социально-психологической устойчивостью, высокой работоспособностью и профессионально-значимыми качествами личности [54]. Для успешного продвижения реформ в системе МВД России необходимо формирование кадрового состава полиции с привлечением на службу наиболее ответственных, морально и психологически устойчивых, замотивированных на честную службу гражданам РФ [198, 214, 220].

В связи с вышесказанным, во втором разделе работы для оценки состояния профессионального психологического отбора на современном этапе нами проанализировано 1116 архивных протоколов кандидатов на службу в полицию за период 2013–2014 гг., основной проблемой современного профотбора являлись сложности в выявлении кандидатов на службу имеющих опыт употребления ПАВ и НС.

Было проведено обследовано в 2013 г. – 603 и 2014 г. – 513 кандидатов на службу в МВД и проведено сравнение выявляемости фактов употребления НС. В 2013 г. число лиц, систематически или многократно употреблявших НС составляло 12,8% в 2014 - 32,7%. Данный рост, выявляемости прежде всего, объяснялся тем, что в 2014 году всем кандидатам на службу проводилось СПФИ с применением полиграфа, тогда как в 2013 в связи с ограниченностью материальных ресурсов на СПФИ направлялись только 30% кандидатов на службу. Необходимо внести изменения в нормативно - правовую базу МВД с обязательным включением проведения СПФИ всем

кандидатам поступающим на службу, для выявления фактов употребления ПАВ и НС.

Анализ других видов аддиктивного поведения среди кандидатов на службу в МВД России, употребляющих НС, показал наличие стабильно высоких показателей чрезмерного употребления алкоголя как в 2013, так и 2014 г., достоверных различий по данному параметру выявлено не было.

В 2013 г. количество выявленных фактов демонстративно-шантажного поведения было существенно ($p \leq 0,001$) выше – 4,2%, чем истинных суицидов 0,7%, то в 2014 г. отмечен значительный рост аутоагрессивных поступков, совершенных с истинными суицидальными намерениями – 3,6%.

Значительного ($p \leq 0,001$) возросло количество выявленных административных правонарушений (12,6 и 17,8% соответственно), из которых преобладающими являлись употребление алкоголя в общественном месте, лишение водительского удостоверения из-за управления транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, другие грубые нарушения правил дорожного движения.

Имеются основания полагать, что все больше потребителей НС вовлекаются в их распространение. Примерно с одинаковой частотой в 2013 и 2014 гг. встречалось участие кандидатов на службу в незаконном обороте НС (14,8 и 15,4% соответственно). Микросоциальная среда обследованных кандидатов на службу, в 2013 и 2014 гг. (60,5 и 64,6% соответственно) характеризовалась стойкими связями с лицами, употребляющими наркотики, что косвенно подтверждает крайне высокий уровень распространённости латентного наркопотребления.

За период с 2013 г. отмечалось достоверное ($p \leq 0,005$) ежегодное увеличение количества выявленных по медицинским документам синкопальных состояний (7,7 и 9,5% соответственно) у лиц, имеющих опыт употребления НС, что может быть связано с пагубным с вредными

последствиями употреблением НС и клинически сформировавшимися наркотическими зависимостями.

Анализ профотбора отражает неблагоприятную ситуацию по латентной наркотизации в России. При этом, по данным ВВК, лиц с диагнозами наркомания и пагубное употребление наркотических веществ выявлено не было [10], что свидетельствует об отсутствии достоверных сведений у врачей ВВК о лицах употребляющих НС, т. к. они не попадают в поле зрения как гражданских врачей-наркологов, так и правоохранительных органов. По мнению Г.В. Шутко при поступлении на службу в любую силовую структуру, данные лица не только представляют потенциальную угрозу для общества, т.к. склонны вовлекать в свой круг все новых и новых потребителей, но и являются правонарушителями [219]. Вызывает беспокойство тот факт, что лица, которым отказано в приеме на службу, не берутся на наркологический учет и не отказываются от употребления НС.

В исследованной литературе, мы не обнаружили данных в которых, систематизированы личностные особенности лиц, употреблявших ПАВ и НС. По нашим результатам, им характерна невротизированность, эгоцентричность, импульсивность, пренебрежение к общепринятым законам и нормам поведения, бесцеремонность, простота и грубоватость в общении, переоценка своих способностей, в то время как лица без опыта употребления ПАВ и НС были более чувствительны, сентиментальны, доверчивы.

Необходимость проведения первичной профилактики наркомании в МВД установлена Федеральным законом «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 30.11.2011 № 342-ФЗ [203]. В части 6 статьи 17 данного документа сказано, что: «Граждане, поступающие на службу в ОВД, проходят в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти в сфере внутренних дел, психофизиологические исследования (обследования), тестирование, направленные на выявление потребления без назначения врача НС или

психотропных веществ и злоупотребления алкоголем или токсическими веществами»[203]. Данный регламент реализуется как при медицинском отборе (ВВК), так и при ППО.

В пункте 26 «Положения о военно-врачебной экспертизе», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 04.07.2013 № 565 [149] предусмотрено исследование биологических жидкостей организма человека на выявление основных групп НС, психотропных веществ и их аналогов: опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, метадон, фенциклидин. Однако в данном перечне отсутствуют современные дизайнерские синтетические наркотики, что исключает все возможности их выявления.

Наибольшую опасность для системы МВД России при поступлении на службу представляют не кандидаты с нозологически сформировавшимися зависимостями, которые выявляются при проведении химико-токсикологических исследований и обследовании у врача-нарколога, а лица, эпизодически употребляющие НС, т.к. они часто имеют тесные связи с криминальными элементами. При их приеме на службу, возрастает вероятность увеличения антисоциальных и суицидальных действий среди полицейских, совершенных в состоянии наркотического опьянения.

Анализ социальных характеристик кандидатов на службу показал, что респонденты, употреблявшие ПАВ и НС достоверно чаще воспитывались в неполной семье ($OШ=4,35$, $p \leq 0,001$) с авторитарным стилем воспитания ($OШ=3,5$, $p \leq 0,001$) или гиперопекой со стороны родителей ($OШ=35,5$, $p \leq 0,001$), в анамнезе у них чаще встречалась психопатологически отягощенная наследственность ($OШ=5,7$, $p \leq 0,001$), в том числе по алкогольной зависимости ($OШ=7,7$, $p \leq 0,001$).

Для определения степени влияния социальных факторов на употребление НС и их аналогов нами был проведен однофакторный регрессионный анализ и многофакторная логистическая регрессия с определением ОШ, которые показали, что риск употребления наркотиков

возрастал в 27,6 раза при наличии гиперопеки со стороны родителей; в 4,7 раза при воспитании в неполной семье; в 3,5 раза у лиц с отягощенной наследственностью по алкогольной зависимости; в 2,42 раза при авторитарном стиле воспитания.

При наличии эпизодов аутоагрессивного поведения в пубертате в 2,8 раза уменьшается шанс употребления НС, что, вероятно, является альтернативным способом снятием психоэмоционального напряжения. Наиболее значимыми психосоциальными ФР формирования деструктивного поведения с употреблением НС являлись гиперопека со стороны родителей, отягощенная наследственность по алкогольной зависимости и преобладание в структуре личности невротических особенностей с импульсивностью, эгоцентричностью и пессимизмом.

Для разработки модели прогноза употребления НС кандидатами на службу в МВД на основе профиля личности СМИЛ нами применялся множественный регрессионный анализ. Прогнозируемый бинарный показатель: «не употребляющие НС и употребляющие НС». Был использован метод форсированного ввода переменных. Модель определилась как статистически достоверная при $\chi^2=950,8$ ($p<0,001$); $-2 LL=567,8$; Нэйджелкерке $R^2=0,771$. Для каждой шкалы СМИЛ определены ОШ, при этом, учитывалось влияние всех других включенных в регрессионную модель шкал теста. Рассчитаны регрессионные коэффициенты для каждой из шкал СМИЛ и уровень их статистической значимости

Разработанная модель позволяет прогнозировать употребление НС и их аналогов, на основе профиля личности по шкалам СМИЛ. Точность правильного прогноза вероятности употребления НС у кандидатов на службу с применением предлагаемого нами метода составила 91,8%.

Для совершенствования профилактики употребления НС необходимо создание центров психического здоровья на базе региональных ЦПД МВД России с введением в штатную структуру врачей-наркологов. Целесообразна разработка юридических основ взаимодействия ведомственных ЦПЗ МВД

России с наркологическими службами здравоохранения для своевременного принятия мер по оказанию помощи лицам с пагубным употреблением наркотиков и зависимостями.

В соответствии с директивой МВД России «О приоритетных направлениях деятельности органов внутренних дел Российской Федерации и внутренних войск МВД России в 2014 году» [121], в качестве приоритетных направлений по линии внедрения современных форм и методов работы с кадрами, предусмотрено: обеспечить реализацию мер по приведению системы профессионального психологического отбора в соответствие с законодательством о службе в ОВД; нацелить усилия на внедрение в деятельность медико-санитарных частей психофизиологических исследований с применением передовых технологий [55].

В настоящее время остро стоит проблема организации профессионального отбора в МВД России. Существующие нормативно-правовые положения не обеспечивают хорошее качество отбора, включают низкоэффективные экспериментально-психологические методики, которые широко представлены в Интернете, и любой желающий может пройти предварительное тестирование, в последующем выполнив их с отличным результатом.

К недостаткам нового порядка профессионального отбора на службу в МВД России относятся:

- ❖ большая продолжительность и громоздкость процедуры обследования
- ❖ дублирование функций психологов ЦПД психологами кадровых подразделений
- ❖ существенный рост стоимости обследований более чем на 55%.
- ❖ в профотборе не учитываются особенности предполагаемой должности и подразделения, полицейские спецназа, офицеры управления, рядовой состав ППС, тыловые службы (например, требования к интеллекту одинаковые как для рядового состава, так и для высшего начальствующего);

- ❖ исключено применение СПФИ для выявления фактов анонимного лечения у наркологов в связи с наличием зависимостей, пагубного потребления алкоголя и НС и ПАВ.
- ❖ вывод о степени годности кандидата к службе базируется только на показателях психологических тестов, без учета данных клинического обследования и анамнеза.

С учетом вышеописанных недостатков в современной системе профотбора, на службу в полицию могут поступать кандидаты скрывшие факты анонимного лечения у врачей наркологов и психиатров, имеющие выраженные акцентуации личности и девиации поведения. Все это неизбежно приведет к росту числа дезадаптивных реакций, девиантного поведения и суицидальных попыток среди личного состава ОВД.

Д.В. Свечников (2015) в своих публикациях указывает, что эффективность профессионального отбора и качество экспертных заключений при психиатрическом освидетельствовании военнослужащих с невротическими расстройствами в большинстве своем остаются неудовлетворительными [164].

М.Е. Кочанов (2009), описывая организацию системы профотбора в войсках Министерства обороны отмечал, что большинство мероприятий возлагается на медицинскую службу при содействии с органами воспитательной работы, что способствует наиболее раннему выявлению расстройств психического здоровья, более раннему началу психопрофилактических и лечебных мероприятий и недопущению перехода донозологических расстройств в развернутые ППР [94].

Сущность нашего проекта организации профотбора и медико-психологического сопровождения состоит в том, чтоб объединить всех ведомственных специалистов в единую систему с общими задачами и функциями, что позволит повысить качество профотбора и медико-психологического сопровождения личного состава, оценивать личность

комплексно, что в существующей системе профотбора практически полностью отсутствует.

По мнению разработчиков нормативно-правовой базы профессионального психологического отбора, существующий подход к оценке личных и деловых качеств кандидатов на службу способствует эффективному комплектованию МВД России. По нашему мнению, нельзя изолировать от обследования кандидатов на службу в МВД России клинических специалистов (психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов), отдавая приоритет в определении прогноза социальным психологам без учета медицинских особенностей и фактов анамнеза, нельзя определять деловые качества в отрыве от структуры личности кандидата. Пример: шизоидный акцентуант с отягощенной наследственностью по шизофрении и суицидам у близких родственников, может спокойно выполнить все предлагаемые методики, согласно новым требованиям у данного лица не выявится ФР, при этом риск формирования суицидального поведения и дебюта эндогенного заболевания у данного лица крайне высок.

Наши данные согласуются с мнением В.А. Кудина, который обозначил ключевые моменты и проблемные вопросы профессионального психологического отбора сотрудников МВД России на современном этапе реформирования [83]:

- необходимость постоянного совершенствования системы профессионального психологического отбора;
- необходимость изучения целостности личности кандидата,
- необходимость разработки новых принципов и методов психологической работы, которые были бы адекватны пониманию сотрудника органов внутренних дел как сложной самоорганизующейся системы.

А.А. Марченко основной задачей психопрофилактики деструктивного и девиантного поведения в войсках, называет «барьерную функцию»

профотбора для качественного комплектования войск Министерства обороны России, которое включает подробное клиническое и медицинское обследование и выделение групп риска лиц, в том числе и с опытом употребления ПАВ (даже однократным) [113].

Е.Ю. Арбиталин (2016) отметил, что Министерстве обороны России повышаются требования к профессиональному отбору и подготовке военных кадров, что обуславливает необходимость интеграции мероприятий по профессиональному психологическому отбору и сохранению психического здоровья военнослужащих, в то время как в системе МВД России новой нормативно-правовой базой, наоборот медицинская барьерная функция сильно минимизирована [1].

В рамках приоритетного направления медицинской службы МВД России на 2014-2016 г.г., нами предложена модель организации сопровождения и профотбора полицейских в системе МВД России, создание ЦПЗ на базе существующих ЦПД, в состав которых предполагается включить специалистов психиатрического, психотерапевтического, наркологического профилей и клинических и социальных психологов.

При реализации проекта создания ЦПЗ МВД России появится возможность разработки и применения научно обоснованных, личностно-ориентированных программ индивидуальной и групповой психотерапии, с внедрением бригадного подхода при лечении ППР, выраженных акцентуаций личности с негативной динамикой характерологических особенностей у сотрудников МВД России. Это необходимо для решения основной задачи - сохранения функциональной, личностной и профессиональной надежности полицейских.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абриталин Е. Ю. Клинико-психофизиологические аспекты диагностики расстройств адаптации у военнослужащих / Е. Ю. Абриталин, В. В. Юсупов, Д. В. Костин, Е. В. Жовнерчук, О. В. Палехова, А. В. Брюханов // Медицинский вестник МВД. – 2016. – Т. 80, № 1 (80). – С. 63–68.
2. Агаджанян Н. А. Экология и здоровье человека : структура личностных и общественных ценностей / Н. А. Агаджанян, А. Е. Северин // Журнал прикладной психологии. – 2003. – № 1. – С. 60–65.
3. Агаджанян Н. А. Функциональные резервы организма и теория адаптации / Н. А. Агаджанян, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева // Вестник восстановительной медицины. – 2004. – № 3. – С. 4–11.
4. Айдаралиев А. А. Комплексная оценка функциональных резервов организма / А. А. Айдаралиев, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева, А. Л. Максимов, Н. Р. Палеев. – Фрунзе : Илим, 1988. – 196 с.
5. Аксенов М. М. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы / М. М. Аксёнов, Н. В. Жигинас, Ю. В. Петрова // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2014. – № 5 (146). – С. 117–122.
6. Актуальные проблемы психологии здоровья сотрудников органов внутренних дел: программа межвузовского научно-практического круглого стола. Санкт- Петербург, 26 декабря 2013 года / сост. М. В. Пряхина, Ю. Ю. Голубихина. – СПб. : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2013. – С. 6–7.
7. Александровский Ю. А. Психиатрия и психофармакотерапия (избранные лекции и выступления) / Ю. А. Александровский. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2003. – 138 с.

8. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.
9. Алексеева Д. Н. Анализ случаев острых психических расстройств в городе Воронеже: материалы 13-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медпсихологии» / Д. Н. Алексеева, А. С. Ермаков, А. А. Карандин // Научно-практический журнал «Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья». – Воронеж, 2011. – С. 3–7.
10. Аналитический обзор деятельности военно-врачебных комиссий МВД по субъектам Российской Федерации. – М., 2014. – С. 26.
11. Аналитический обзор деятельности Центров психофизиологической диагностики Федеральных казённых учреждений. Медико-санитарные части МВД России по субъектам Российской Федерации. – М., 2014. – С. 73.
12. Ананьев В. А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания / В. А. Ананьев // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Медицина, 2000.
13. Андреев Н. В. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству / Н. В. Андреев, С. Л. Заковряшина, А. А. Козлов // Психиатр. и психофармакотер. журн. им. П. Б. Ганнушкина. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 12–15.
14. Апанасенко Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2000. – 248 с. (Серия «Гиппократ»).
15. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и проблемы восстановительной медицины / Р. М. Баевский, А. Л. Сыркин, А. Д. Ибатов, А. В. Соболев, А. Г. Черников // Вестник восстановительной медицины. – 2004. – № 2. – С. 18–20.
16. Баевский Р. М. Концепция физиологической нормы и критериев здоровья / Р. М. Баевский // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. – 2003. – Т. 4, № 89. – С. 473–487.

17. Бажин Е. Ф. Социально-психологические аспекты ранней диагностики психических заболеваний / Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнева // Ранняя диагностика психических заболеваний / Е. Ф. Бажин, А. Биликевич, В. М. Блейхер и др.; под ред. В. М. Блейхера, Г. Л. Воронкова, Вл. Иванова. – Киев : Здоров'я, 1989. – С. 17–26.
18. Бакиров Р. С. Особенности эмоционально-мотивационной сферы личности сотрудников МЧС на этапе поступления в реабилитационный центр / Р. С. Бакиров // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 413.
19. Безчастный К. В. Особенности психотерапии в реабилитации сотрудников органов внутренних дел, выполняющих служебные задачи в особых условиях / К. В. Безчастный // Мед. вестн. МВД. – 2010. – № 2. – С. 23–24.
20. Белинский А. В. Эффективность медико-психологической реабилитации участников боевых действий в условиях многопрофильного госпиталя / А. В. Белинский, Ю. С. Голов, М. В. Лямин // Боевой стресс: стратегии коррекции. – М., 2002. – С. 127–134.
21. Бескова Д. А. Особенности адаптационно-регуляторного репертуара больных с невротическими экскорациями / Д. А. Бескова, Л. Т. Козловская // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – № 1. – С. 31–35.
22. Бентал Р. П. Предложение классифицировать счастье как психиатрическое расстройство / Р. П. Бентал // Вісник Асоціації психіатрів України. – 1998. – № 3. – С. 135–143.
23. Битенский В. С. Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера, Э. Крепелина и Г. Селье / В. С. Битенский, Л. Н. Аряев, Э. В. Мельник, В. А. Пахмурный // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – № 1–2. – С. 14–23.
24. Бисултанов А. К. Национальная гвардия Украины через призму международного гуманитарного права / А. К. Бисултанов // Евразийский юридический журнал. – 2015. – № 1 (80). – С. 61–64.

25. Богомолов А. М. Структурно-функциональный подход к оценке адаптационного потенциала личности / А. М. Богомолов // Сибирский психологический журнал. Клиническая (медицинская) психология. – 2008. – № 28. – С. 53–58.
26. Бодров В. А. Психология и надежность: человек в системах управления техникой / В. А. Бодров, В. Я. Орлов. – М. : Изд. «Институт психологии РАН», 1998. – 288 с.
27. Боев И. В. Купирование личностных декомпенсаций и поведенческих дезадаптаций у лиц, переживших чрезвычайные и экстремальные ситуации / И. В. Боев, О. И. Боев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15, № 2. – С. 34–40.
28. Бойко Е. О. Качество жизни комбатантов с хроническим ПТСР и его динамика в результате реабилитационных мероприятий / Е. О. Бойко, А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко, Н. С. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 19–22.
29. Брюсов П. Г. Опыт организации помощи в период боевых действий в Чеченской Республике / П. Г. Брюсов, В. И. Хрупкин // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 6. – С. 4–12.
30. Брюн Е. Н. Смертоносные спайсы: комментарий главного нарколога России Евгения Брюна / Е. Н. Брюн. – URL: http://www.narkotiki.ru/5_42994.htm. www.mk.ru//smertonosnye-spaysy-kommentariy-glavnogo-narkologa.
31. Будникова Л. Н. Эффективность применения низкоэнергетической электромагнитной и светоцветовой терапии для коррекции невротических расстройств, связанных со стрессом у участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. Н. Будникова. – М., 2005. – 26 с.
32. Будаков И. А. Психологические аспекты организации работы по профилактике девиантного поведения сотрудников и суицидальных происшествий среди личного состава Санкт-Петербургского университета

- МВД России / И. А. Будаков // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 27–29.
33. Бudyкин С. В. Психологические последствия экстремальных ситуаций у сотрудников правоохранительных органов и гражданских лиц / С. В. Бudyкин Н. В. Дворянчиков // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 5–13.
34. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб. : Питер, 2002. – 528 с.
35. Василевский В. Г. История вопроса и клинико-психопатологические особенности ПТСР у комбатантов. Посттравматическое стрессовое расстройство / В. Г. Василевский, Г. А. Фастовцов. – М. : ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2005. – С. 32–53.
36. Василевский В. Г. Клинико-психологические особенности агрессивного поведения комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством / В. Г. Василевский, Г. А. Фастовцов, М. М. Бакалейник, О. Ф. Савина. Т. 1. – М. : РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», 2006. – С. 263–280.
37. Вахов В. П. Профилактика состояний психоэмоционального напряжения у сотрудников правоохранительных органов / В. П. Вахов, И. В. Колос, Н. А. Лопушинская // Современная психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 15–17.
38. Вельтищев Д. Ю. Аффективная модель стрессовых расстройств: психическая травма, ядерный аффект и депрессивный спектр / Д. Ю. Вельтищев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 9. – С. 104–107.
39. Величко М. В. История и современное состояние профессионального психологического отбора в ОВД и ВВ МВД России / М. В. Величко, А. И. Тесленко // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2007. – № 4. – С. 10–13.

40. Вербенко Н. В. Культуральная психиатрия (состояние, проблемы, поиски решений) / Н. В. Вербенко // Таврический журнал психиатрии. – 2001. – Т. 5, № 2. – С. 27–29.
41. Волошин В. М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии / В. М. Волошин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 125–132.
42. Гаврилова Т. В. Зависимость психологических стрессовых реакций от общественной значимости события / Т. В. Гаврилова // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2005. – № 1. – С. 62.
43. Гизатуллин Т. Р. Оценка взаимосвязи физиологических показателей и типологических вариантов психологических особенностей полицейских направляемых в служебно-боевые командировки на территорию Северо-Кавказского региона России / Т. Р. Гизатуллин, Э. Р. Исхаков, Е. М. Гареев // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 3. – С. 78–83.
44. Гизетдинова Л. А. Хромато-масс-спектрометрическое определение нового наркотического средства метоксетамина и синтетических каннабимиметиков РВ 22, РВ 22 F, АВ-PINACA, АВ-FUBINACA, FUB-РВ-22 в биологических жидкостях и образцах волос в набережночелнинском наркологическом диспансере / Л. А. Гизетдинова, А. А. Мингазов, Р. Р. Нугманова, О. А. Дернова, А. Р. Пиляева, С. А. Савчук // Наркология. – 2014. – № 3. – Т. 1. – С. 66–73.
45. Глухов Д. В. Медико-психологическая коррекция информационного стресса у офицеров оперативного управления / Д. В. Глухов, В. Н. Михайлицин, Е. В. Жоверенчук // Психическое здоровье. – 2011. – № 6(61). – С. 12–14.
46. Глухов Д. В. Профессиональная надежность офицеров оперативного управления под воздействием информационного стресса / Д. В. Глухов,

- В. Н. Михайлицин, Е. В. Жоверенчук // Психическое здоровье. – 2011. – № 5 (60). – С. 12–14.
47. Голиков В. А. О состоянии здоровья сотрудников органов внутренних дел, выполнявших служебные задачи в особых условиях на территории Северо-Кавказского региона / В. А. Голиков, Т. Я. Николаева, С. А. Сергеев, А. А. Жуковский // Якутский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 29–32.
48. Голенков А. В. Парциальные посттравматические стрессовые расстройства и депрессивные состояния у полицейских / А. В. Голенков, Н. Г. Куракина, Н. В. Лаврентьева, Л. И. Голишникова // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12, № 10 (101). – С. 32–34.
49. Гончарова Н. А. Аксиологический аспект проблемы психологической безопасности / Н. А. Гончарова, М. А. Никитина // Материалы международной научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2012». – СПб. : СПбГУ МВД РФ, 2012. – С. 120.
50. Громов В. А. О вреде курительных смесей. Будущее без наркотиков Наркотики. Курительные смеси. Психоактивные вещества : интервью В. А. Громова / В. А. Громов. – URL: podosinovets.info Новости> kuritelnyesmesi 12 ноября 2014.
51. Грачева Л. В. Психическая дезадаптация лиц с субклиническими нервно-психическими расстройствами в отдаленном периоде пережитого посттравматического стрессового расстройства / Л. В. Грачева // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2012. – № 2. – С. 139–144.
52. Грачева Л. В. Социально-психологическая адаптация и психосоматические расстройства у лиц с боевым стрессом в анамнезе / Л. В. Грачева, В. А. Сергеев // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2013. – Т. XX, № 4. – С. 41–44.
53. Гримак Л. Средства и методы активизации жизненных резервов человека / Л. Гримак, О. Кордобовский // Человек вчера и сегодня :

- междисциплинарные исследования. Вып. 2. – М. : ИФ РАН, 2008. – С. 137–150.
54. Гурьев М. Е. Профессиональная деятельность в системе МВД / М. Е. Гурьев // Актуальные проблемы педагогики и психологии в правоохранительной деятельности. Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2012) : материалы межвузовской научно-практической конференции. – СПб., 2012. – С. 55–58.
55. Дашко М. Н. Профессиональный психологический отбор на службу в органы внутренних дел, новый подход к изучению личностных и деловых качеств граждан, поступающих на службу в подразделения МВД / М. Н. Дашко, М. В. Виноградов // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2015. – № 3. – С. 101–106.
56. Дорожная карта дальнейшего реформирования органов внутренних дел Российской Федерации. – М., 2013.
57. Дмитриева Т. Б. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) / Т. Б. Дмитриева, Г. В. Василевский, Г. А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 38–42.
58. Дмитриева Т. Б. Патогенетическая роль боевых стрессоров в формировании клиники и динамики ПТСР / Т. Б. Дмитриева, Г. В. Василевский // Механизмы стресса в экстремальных ситуациях. – М. : ГНИИИ ВМ МО, 2004. – С. 32.
59. Душкин А. С. Применение компетентностного подхода в профессиональном психологическом отборе в органах внутренних дел Российской Федерации: теория и практика // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической

- конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 70–76.
60. Душкин А. С. Компетентностный подход в кадровой политике полицейских структур зарубежных стран // Прикладная юридическая психология. – 2013. – № 3. – С. 132–143.
61. Епанчинцева Е. М. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде / Е. М. Епанчинцева, Т. В. Казенных, В. Ф. Лебедева, Н. А. Бохан // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1–5. – С. 760–764.
62. Еремина Т. И. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях : метод. пособие / Т. И. Еремина, Н. П. Крюков, Ю. Ю. Логинова. – URL: http://window.edu.ru/window_catalog/pdf2txt?p_id=24619&p_page=1.
63. Ермолаева А. В. Психологические особенности личности военнослужащего – участника боевых действий / А. В. Ермолаева // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 1. – С. 71–80. – URL: www.psyedu.ru.
64. Ермакова Т. А. Психофизиологическое состояние как показатель уровня адаптации студентов: V Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум – 2012» / Т. А. Ермакова. – URL: <http://www.rae.ru/forum2012/12/2847>.
65. Ещенко Н. Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников СОБР и пути преодоления их последствий : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. Г. Ещенко. – Тверь, 1997. – 21 с.
66. Жовнерчук Е. В. Влияние профессионально вредных факторов на военнослужащих, несущих боевое дежурство / Е. В. Жовнерчук, А. А. Корнилова, В. В. Боровский, И. В. Ермицкий, А. В. Лупеев // Мед. вестн. МВД. – 2010. – № 5. – С. 31.

67. Жовнерчук И. Ю. особенности психического здоровья военнослужащих несущих боевое дежурство / И. Ю. Жовнерчук, И. В. Еремицкий, Е. В. Жовнерчук // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 1. – С. 93–97.
68. Замотаев Ю. Н. Новые методы диагностики и лечения в военной и клинической медицине / Ю. Н. Замотаев // Тезисы статей научной конференции ЦВКГ им. П. В. Мандрыка. – М., 2009. – С. 85–86.
69. Иванов В. П. Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России В. П. Иванова на заседании круглого стола по теме «О дополнительных мерах законодательного регулирования по профилактике наркомании и обеспечения безопасности жизни и здоровья граждан» / В. П. Иванов; Государственная Дума Российской Федерации Федерального собрания, Комитет Государственной Думы по безопасности и противодействию коррупции. – М., 2013.
70. Иванов В. П. Интервью председателя Государственного антинаркотического комитета, директора ФСКН России В. П. Иванова о наркоситуации в России / В. П. Иванов // Российская газета. – 2014. – 30 сент.
71. Иванов В. П. Меры по ликвидации чрезвычайной ситуации, связанной с массовыми отравлениями новыми психоактивными веществами : стенограмма выступления на заседании ГАК 6 октября 2014 г. / В. П. Иванов. – URL: [http:// fskn.gov.ru/includes/periodics/speeches_fskn / 2014 /1006/ 124332682 / detail.shtml](http://fskn.gov.ru/includes/periodics/speeches_fskn/2014/1006/124332682/detail.shtml).
72. Иванов И. В. Характеристика психологического статуса военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, и направления коррекции их функционального состояния / И. В. Иванов, А. Б. Юдин, В. В. Булавин, Ю. Э. Писаренко // Психофизиология профессионального здоровья человека: материалы IV Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой 15-летию кафедры военной

- психофизиологии. – СПб. : Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 2012. – С. 263–265.
73. Ирдисов К. А. ПТСР в условиях чрезвычайной ситуации : клинико-эпидемиологические и динамические аспекты / К. А. Ирдисов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2011. – № 7. – С. 21–34.
74. Искандаров Р. Р. Факторы риска и предикторы агрессивного поведения осужденных мужчин с посттравматическим стрессовым расстройством / Р. Р. Искандаров, Р. М. Масагутов, И. Э. Мухитова, К. Р. Вагизов, А. Э. Камалов, О. В. Айрапетова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 2. – С. 21–28.
75. Истомина Г. М. Психологическая подготовка сотрудников органов внутренних дел к действиям в экстремальных ситуациях как условие предупреждения их гибели и ранений. Проблемы организации работы с личным составом органов внутренних дел / Г. М. Истомина, А. Д. Сафронов // Труды Академии МВД РФ. – М., 2007. – С. 26–31.
76. Ичитовкина Е. Г. Оценка динамики латентного наркопотребления среди поступающих на службу в органы внутренних дел / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев, Н. И. Мягких // Вопросы наркологии. – 2014. – № 6. – С. 112–113.
77. Ичитовкина Е. Г. Факторы риска, способствующие формированию пограничных психических расстройств у комбатантов органов внутренних дел / Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев // Медицинский вестник МВД. – 2013. – Т. 54, № 3. – С. 70–73.
78. Карнакова Е. И. Посттравматическое расстройство личности как результат экстремальных условий профессиональной деятельности / Е. И. Карнакова // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2011. – № 1. – С. 344–347.
79. Караяни А. Г. Социально-экологические факторы девиантного поведения военнослужащих / А. Г. Караяни, Г. В. Малицкий // Научно-информационный журнал «Армия и общество». – 2007. – № 1. – С. 52–59.

80. Калько П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения : научный обзор / П. И. Калько. – М. : ВНИИМИ, 1988. – 67 с.
81. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А. Н. Капустина. – СПб. : Речь, 2001. – 112 с.
82. Кекелидзе З. И. Медико-психологическая помощь пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах: пособие для врачей / З. И. Кекелидзе. – М. : Медицина, 1997. – 95 с.
83. Кудин В. А. Вступительное слово на конференции «Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: вопросы и проблемы реализации» (Васильевские чтения – 2015) / В. А. Кудин. – СПб., 2015. – С. 9–13.
84. Китаев-Смык Л. А. Посттравматические стрессовые расстройства – они из-за неудовлетворяемой жажды мщения либо из-за неутоляемой жажды любви? / Л. А. Китаев-Смык // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2008. – № 2. – С. 2–16.
85. Кобзоев И. Ю. Оценка профессионального стресса и его влияния на копинг-поведение руководителей / И. Ю. Кобзоев // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 37(42). – С. 50–56.
86. Косенко Е. А. Личностные декомпенсации у ветеранов локальных конфликтов при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е. А. Косенко, С. П. Генайло // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. – № 2. – С. 21–23.
87. Кореняк Р. Ю. Проблема боевого стресса у военнослужащих внутренних войск МВД России и пути его преодоления // Медицинский вестн. МВД. – 2003. – № 4 (5). – С. 11–13.
88. Короленко Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – М. : «Академический проект»; Екатеринбург : «Деловая книга», 2000. – 460 с.

89. Косенко Е. А. Личностные декомпенсации у ветеранов локальных конфликтов при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е. А. Косенко, С. П. Генайло // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 21–23.
90. Котенев И. О. Социально-психологический портрет участника контртеррористической операции (на материале сотрудников органов внутренних дел) / И. О. Котенев, А. В. Метелев // Ежегодник Российского психологического общества. Психология и ее приложения. – 2002. – Т. 9. – № 1. – С. 281–290.
91. Колов С. А. Значение боевого и постбоевого стрессов в психопатологии комбатантов / С. А. Колов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 70–75.
92. Корехова М. В. Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности / М. В. Корехова, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова. – Архангельск, 2014.
93. Короленко Ц. П. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск, 2006. – 448 с.
94. Кочанов М. Е. Организация ранней реабилитации и профилактики нервно-психических расстройств у военнослужащих срочной службы / М. Е. Кочанов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – С. 102–103.
95. Колокольцев В. А. О результатах и основных направлениях деятельности Министерства внутренних дел Российской Федерации / В. А. Колокольцев // Заседание коллегии Министерства внутренних дел Российской Федерации. – URL: www.rg.ru/2013/11/21/regmvd-dok.html.
96. Краснов В. Н. Границы современной психиатрии и направления её развития / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 19–21.

97. Краснопольская И. Линия смерти. Россия заняла первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков // Российская газета. Столичный выпуск. – URL: <http://www.rg.ru/2013/03/15/samoubiistva.html> (дата обращения: 25.10.2013).
98. Краснянский А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане / А. Н. Краснянский, П. В. Морозов // Рус. мед. журн. – 1995. – № 4. – С. 32.
99. Круглов А. Г. Медико-психологические последствия деятельности сотрудников органов внутренних дел в особых условиях Северо-Кавказского региона / А. Г. Круглов, Н. И. Мягих, Г. В. Шутко // Мед. вестн. МВД. – 2004. – № 4(11). – С. 43–48.
100. Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций и ее развитие в последние десятилетия / В. Н. Краснов // Медицина катастроф. – 2009. – № 3 (67). – С. 23–26.
101. Крук В. М. Совершенствование психологической работы с личным составом в системе морально-психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности: актуальные вопросы и пути решения / В. М. Крук, А. Ф. Караваев // Психопедагогика в правоохранительных органах. – М., 2014. – № 1 (56). – С. 128–131.
102. Кузнецов А. А. Посттравматическое стрессовое расстройство, вопросы лечения, психологическая реабилитация участников боевых действий и лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях / А. А. Кузнецов. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2004. – С. 132–136.
103. Ласков В. Б. Нейровегетативные и эмоционально-личностные особенности как факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – участников локальных боевых конфликтов (комбатантов) / В. Б. Ласков, А. В. Погосов, О. И. Малашенко, А. А. Пушин // Практическая неврология и нейрореабилитация. – 2010. – № 1. – С. 22–25.

104. Лебедева О. В. Проблема соотношения понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественной и зарубежной литературе / О. В. Лебедева // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. – 2013. – № 3 (1). – С. 35–37.
105. Линский И. В. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова, С. В. Онищук, Л. Ф. Шестопалова, Е. Г. Гриневиц // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 3 (80). – С. 5–12.
106. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма : руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М. : ОАО Изд-во «Медицина», 2005. – 345 с.
107. Литвинцев С. В. Особенности поведения, психических и психосоматических расстройств у пострадавших и «спасателей» при землетрясении в Армении / С. В. Литвинцев, И. С. Шамрей, И. С. Рудой // Материалы международной научной конференции. – СПб., 2000. – С. 218–220.
108. Литницкая Е. В. Проблема здоровья личности в психологии XIX – XX века / Е. В. Литницкая // Ярославский педагогический вестник. 2012. – № 2. – Т. 11. – С. 268–274.
109. Личко А. Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии / А. Е. Личко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 1. – С. 5–17.
110. Лыткин В. М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн. Война и психическое здоровье / В. М. Лыткин // Юбилейная научная конференция. – СПб., 2002. – С. 45–52.
111. Маклаков А. Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин, Е. Б. Шустов // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.

112. Малеев Д. В. Психологические факторы личностной надежности сотрудников органов внутренних дел / Д. В. Малеев // Психология, социология и педагогика. 2014. – № 8. – URL: <http://psychology.snauka.ru/2014/08/3485> (дата обращения: 11. 04. 2015).
113. Марченко А. А. Проблемные вопросы диагностики и патоморфоза невротических расстройств у военнослужащих / А. А. Марченко, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко, И. С. Рудой, А. А. Краснов, О. В. Пуляткина // Доктор.Ру. – 2012. – № 5 (73). – С. 61–66.
114. Марченко А. А. Медико-психологическая реабилитация комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами и коморбидной патологией / А. А. Марченко // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 82–84.
115. Марьин М. И. Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / М. И. Марьин, А. Г. Шестаков, В. Е. Петров и др. – М., 2006. – 78 с.
116. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур : метод. пособие / под ред. А. Б. Белевитина. – СПб. : Айсинг, 2010. – 268 с.
117. Методические рекомендации по организации профессионального психологического отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел Российской Федерации и учебу в образовательные учреждения системы МВД России при перемещении по службе от 30.12.2009 / Н. И. Мягких, Г. В. Шутко. – М. : Домодедово, 2009. – С. 139.
118. Метелев А. В. Психологическая экспертиза в органах внутренних дел / А. В. Метелев. – Ижевск, 2004. – 56 с.
119. Милаш М. А. К вопросу исследования личностных детерминант эффективной самоорганизации курсантов образовательной организации МВД России / М. А. Милаш, В. А. Шаповал // Современные образовательные технологии и инновации в системе МВД России :

материалы внутриведомственной научно-практической конференции (26 июня 2015 г.) / сост. А. С. Душкин, В. А. Юренкова. – СПб. : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2015. – С. 181–187.

120. Морозов Д. В. Реализация концепции и медико-социальной реабилитации сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при исполнении служебных обязанностей / Д. В. Морозов, С. В. Марков, Ю. В. Черный и др. // Мед. вестн. МВД. – 2011. – Т. LII. – № 3. – С. 2–5.
121. МКБ-10 : Классификация психических и поведенческих расстройств: исследовательские диагностические критерии. – СПб., 1994.
122. Мухина Н. А. Сексуальная травма в армии как фактор риска посттравматического стрессового расстройства у женщин-ветеранов в США (обзор литературы) / Н. А. Мухина, В. И. Евдокимов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 3. – С. 84–93.
123. Мягких Н. И. Совершенствование психодиагностического инструментария при профессиональном психологическом отборе кандидатов на службу в подразделения полиции России / Н. И. Мягких, Л. Б. Филонов, Н. А. Ведешкин // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2013. – № 2. – С. 15–19.
124. Мягких Н. И. Современная организация медико-психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации / Н. И. Мягких // Мед. вестн. МВД. – 2010. – № 3. – С. 4–6.
125. Мягких Н. И. Психосоциальные особенности лиц, склонных к употреблению синтетических каннабиноидов / Н. И. Мягких, Е. Г. Ичитовкина, А. М. Эпштейн // Медицинский вестник МВД. – 2014. – Т. LXIX, № 2. – С. 72–76.
126. Набиев Р. Г. Индивидуально-типологические особенности как фактор формирования посттравматического стрессового расстройства / Р. Г. Набиев // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2015. – № 5. – С. 274–277.

127. Надеждин А. Н. Ситуация с массовыми отравлениями «спайсами» сразу стала объектом внимания специалистов / А. Н. Надеждин. – URL: http://narkotiki.ru/5_74479.htm.
128. Налчаджян А. А. Агрессивность человека / А. А. Налчаджян. – СПб. : Питер, 2007. – 736 с.
129. Нечипоренко В. В. Патогенетическая и патопластическая роль боевых стрессоров в формировании клиники и динамики психических реакций / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков // Материалы 12-го съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 216–217.
130. Нечипоренко В. В. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны / В. В. Нечипоренко, С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, Ю. К. Маликов, В. Е. Саламатов // Медицинская реабилитация раненых и больных. – СПб., 1997. – 132 с.
131. Овчинников Б. В. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья : учеб. пособие / Б. В. Овчинников, Г. П. Костюк, И. Ф. Дьяконов. – СПб. : СпецЛит, 2010. – 302 с.
132. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / под ред. М. И. Марьина. – М. : ГУК МВД России, 2002. – 560 с.
133. Пищелко А. В. Психология посттравматического стресса : учеб. пособие / А. В. Пищелко. – Домодедово : Респ. Ин-т повышения квалификации работников МВД РФ, 2007. – 61 с.
134. План мероприятий по совершенствованию работы с личным составом органов внутренних дел Российской Федерации, утвержденного приказом МВД России от 30.04.2009 № 341, п. 2.
135. Погодина Т. Г. Клинико-динамические особенности посттравматических стрессовых расстройств участников боевых действий на фоне последствий черепно-мозговой травмы / Т. Г. Погодина, И. В. Панова, А. А. Фирсов // Мед. вестн. МВД. – 2004. – № 3(10). – С. 31–33.

136. Погосов А. В. Программа комплексной (медицинской, социальной, психологической) реабилитации комбатантов с хроническим посттравматическим стрессовым расстройством / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко, Е. О. Бойко, Н. С. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 89–93.
137. Погосов А. В. Медицинские и социальные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012. – № 1. – С. 158–163.
138. Подчасов Е. В. Особенности проявления ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях / Е. В. Подчасов, Г. И. Ломакин // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2011. – № 1. – С. 67–74.
139. Погосов А. В. Клинические особенности и социальные последствия хронических посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 17–20.
140. Погосов А. В. Отдаленные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Е. О. Бойко, Ю. Н. Сочивко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 6. – С. 105–109.
141. Попов Ю. В. Реакции на стресс. Практический комментарий к 5-й главе Международной классификации болезней 10 пересмотра / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1736>.
142. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – СПб. : Речь, 2000. – 402 с.
143. Попов Ю. В. Реакции на стресс / Ю. В. Попов, В. Д. Вид // Современная клиническая психиатрия. – 2005. – № 2. – С. 9–13.

144. Потапов И. В. Эпидемиология нарушений и искажения внутренней картины болезни у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза / О. В. Потапов, И. Г. Ульянов // Вестник последипломного медицинского образования. – 2013. – № 2. – С. 37–40.
145. Потапов О. В. Показатели тревоги существования у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза / О. В. Потапов, И. Г. Ульянов // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Серия 11: Медицина. – 2014. – № 1. – С. 142–152.
146. Постановление Правительства РФ от 06 декабря 2012 г. № 1259 «Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации» // СЗ РФ. – 2012. – № 50 (ч. 6). – Ст. 7075.
147. Популярно-правовой альманах МВД России // «Дорожная карта» реформирования МВД России. – М., 2014. – С. 4.
148. Потарыкина М. С. Взаимосвязь индивидуально-личностных особенностей и типа дезадаптации сотрудников органов внутренних дел (на примере сотрудников, злоупотребляющих алкоголем) / М. С. Потарыкина // Психиатрия. – 2013. – № 2 (58). – С. 38–43.
149. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 года № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
150. Приказ МВД России от 12.01.2012 № 5 «О проведении медико-психологической реабилитации сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации».
151. Приказ МВД России от 25. 02. 2015 № 1130 «Об утверждении методик выявления злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий, а также критериев оценки результатов комплексного обследования, направленных на их выявление».

152. Приказ МВД России от 01.10.2014 № 840 «О мерах по реализации в органах внутренних дел Российской Федерации постановления Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 № 1259».
153. Прокументов Л. М. Наркотики и его общественная опасность / Л. М. Прокументов // Научный вестник Омской академии МВД России. – 2012. – № 3. – С. 3–6.
154. Прякина М. В. Профессиографическое описание основных видов деятельности в системе МВД России на основе компетентностного подхода : монография / М. В. Прякина, А. С. Душкин, Н. В. Мартиросова. – СПб. : Изд-во СПб ун-та МВД России, 2012. – С. 23.
155. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 1999. – 713 с.
156. Пушкарев А. Л. Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий: метод. рек. / А. Л. Пушкарев, Р. Л. Евстегнеев, Н. Г. Аринчина, В. А. Доморацкий. – Минск, 1999. – С. 123–126.
157. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 165 с.
158. Решетников М. М. Психопатология героического прошлого и будущее поколения: актуальные вопросы военной и экологической психиатрии / М. М. Решетников. – СПб., 1995. – С. 38–45.
159. Решетников В. А. О методологии управления профессиональным развитием кадров военного здравоохранения / В. А. Решетников, А. Д. Фесюн, М. Р. Булатов, О. А. Любимый, О. М. Костюченко, О. В. Зыков // Мед. вестн. МВД. – 2011. – № 2. – С. 2–6.
160. Рыбников О. Н. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих получивших ранения / О. Н. Рыбников, В. В. Манихин // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 29–33.

161. Рыбников О. Н. Расстройства адаптации отдаленного периода у комбатантов / О. Н. Рыбников, С. Н. Палецкая // Мед. вестн. МВД. – 2004. – № 4(11). – С. 39–43.
162. Савина О. Ф. Мотивационно-ценностная сфера личности ветеранов локальных войн, совершивших общественно опасные деяния / О. Ф. Савина, А. М. Резник, В. Г. Василевский, Г. А. Фастовцов // Материалы XIV съезда психиатров России 15.11–18.11.05 г. «Психиатрия в развитии: проблемы и перспективы». – М., 2005. – С. 171.
163. Сайфутдинов А. Ф., Петров И. Ю. Технологии профайлинга в профессионально-психологическом отборе бойцов спецподразделений // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 198–200.
164. Свечников Д. В. Объективная диагностика расстройств адаптации у военнослужащих / Д. В. Свечников, Н. Н. Баурова, Т. М. Ушакова, Е. С. Курасов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 4. – С. 40–44.
165. Семке В. Я. Аффективные расстройства невротического круга / В. Я. Семке, М. М. Аксенов, Д. Г. Платонов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 3. – С. 101–106.
166. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – М. : Медицина, 1987. – С. 161–171. Уваренко А. Р. Здоровье как социальная категория (аналитический обзор) / А. Р. Уваренко // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины : республиканский межведомственный сборник. – Киев, 1992. – Вып. 23. – С. 8–13.

167. Сидоренко В. А. Современная организация медико-психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации / В. А. Сидоренко // Мед. вестн. МВД. – 2014. – № 5. – С. 4–6.
168. Сидоров П. И. Особенности ментальной экологии личности сотрудников органов внутренних дел, проходящих службу в Северо-кавказском регионе / П. И. Сидоров, А. П. Сложеникин, И. А. Новикова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 4. – С. 21–27.
169. Смирнова Н. Н. Детерминанты экстремальной профессиональной деятельности сотрудников силовых структур / Н. Н. Смирнова, А. Г. Соловьев // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 1. – С. 98–106.
170. Снедков В. Е. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / В. Е. Снедков, С. В. Литвинцев, В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин // Современная психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 21–25.
171. Снедков Е. В. Боевая психическая травма : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. В. Снедков. – СПб., 1997. – С. 28–30.
172. Снедков Е. В. Проблема личностных трансформаций у комбатантов / Е. В. Снедков, В. М. Лыткин. – URL: <http://psychiatry.spsma.spb.ru/lib/kafedra/snedkov/snedkov4.htm>.
173. Снегирева Л. А. Актуальные проблемы организации профессионального психологического отбора в органах внутренних дел / Л. А. Снегирева // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 224–228.

174. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / Л. Н. Собчик. – М. : Изд-во прикладной психологии, 2001. – 512 с.
175. Солдаткин В. А. Посттравматическое стрессовое расстройство: кто на прицеле? / В. А. Солдаткин, С. Г. Сукиасян, К. Ю. Галкин // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 511–515.
176. Софронов Г. А. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Г. А. Софронов, А. И. Головкин, В. А. Барин, В. А. Башарин, Е. Ю. Бонитенко, М. Б. Иванов // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 97–110.
177. Спадерова Н. Н. Суицидальное поведение при посттравматическом стрессовом расстройстве (данные литературы и клиническая практика) / Н. Н. Спадерова // Медицинская наука и образование Урала. – 2015. – Т. 16, № 1 (81). – С. 146–149.
178. Спирица Е. В. Применение альтернативных техник в процессе проведения специальных психофизиологических исследований при скрининге кандидатов на службу (учебу) в органы внутренних дел / Е. В. Спирица, Т. А. Неверова // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 234–241.
179. Спектор С. И. Посттравматический стрессовый синдром у участников боевых действий в Чечне / С. И. Спектор // Материалы межгосударственного научно-практического семинара. – М., 2008. – С. 34–35.
180. Стрельникова Ю. Ю. Системно-динамический подход к оценке психологических последствий боевого стресса / Ю. Ю. Стрельникова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 4. – С. 79–87.
181. Стрельникова Ю. Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к

- мирной жизни / Ю. Ю. Стрельникова // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – № 2 (46). – С. 145–153.
182. Стрельникова Ю. Ю. Динамика психического состояния и изменений особенностей личности комбатантов в течение 1 года после участия в контртеррористической операции / Ю. Ю. Стрельникова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. – № 2. – С. 74–83.
183. Строганов А. Е. Особенности психогений, вызвавших невротические расстройства у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга / А. Е. Строганов, С. Ю. Стреминский // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 88–91.
184. Строганов А. Е. Характеристика психопатологической симптоматики у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротическими расстройствами / А. Е. Строганов, С. Ю. Стреминский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 23–27.
185. Строганов А. Е. Об исследовании сочетанных нервно-психических расстройств, не связанных с боевым психическим стрессом у комбатантов / А. Е. Строганов, С. Ю. Стреминский // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2. – С. 79.
186. Старостин О. А., Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов «опасных» профессий путем сочетанного использования физических факторов / А. Г. Соловьев, Ю. Е. Барачевский, Р. Б. Мусаев // Экология человека. – 2012. – № 5. – С. 36–40.
187. Сергеев В. М. Донозологическая диагностика аддиктивных форм поведения у сотрудников органов внутренних дел по результатам профилактических психологических осмотров / В. М. Сергеев, Г. Н. Колосницына, Л. А. Прохоренкова // Сборник материалов конференции, посвященной 40-летию профессионального психологического отбора в органах внутренних дел. – М., 2013. – С. 139–145.

188. Субботина Н. А. Влияние посттравматического синдрома на развитие заболеваний у сотрудников органов внутренних дел Свердловской области, вернувшихся из командировки в Северо-Кавказский регион / Н. А. Субботина // Медицинский вестник МВД. – 2006. – № 1(20). – С. 1–2.
189. Сукиасян С. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство у эксконтантов: от функционального к органическому / С. Г. Сукиасян, М. Я. Тадевосян // Психиатрия. – 2011. – № 1(49). – С. 59–69.
190. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 240 с.
191. Тарабрина Н. В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс / Н. В. Тарабрина // Психол. журн. – 2012. – Т. 33, № 6. – С. 20–33.
192. Текст официального выступления министра внутренних дел Российской Федерации В. А. Колокольцева на расширенном заседании коллегии МВД России 04 марта 2015 г. – URL: pda.mvd.ru/document/3327920 (дата обращения: 20.04.2015 г.).
193. Тихомиров Д. А. Демографический кризис и проблемы здоровья российской молодежи // Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». 2013. – № 5 (сентябрь – октябрь). – URL: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2013/5/Tikhomirov_Demographic-Crisis-Youth/ [архивировано в WebCite].
194. Топорков Т. М. Санитарные потери авиации флота и военно-воздушных силах в войсках и вооруженных конфликтах / М. Т. Топорков, Ю. М. Бобров, Э. А. Лучников // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 219–227.
195. Тураносова В. В. Психодинамические характеристики сотрудников полиции с психодиагностическими признаками посттравматических стрессовых расстройств / В. В. Тураносова, В. А. Шаповал // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2013. – № 3 (59). – С. 182–190.

196. Тюмина Г. С. Особенности течения боевых посттравматических стрессовых расстройств / Г. С. Тюмина, М. К. Дубровская // Материалы межрегиональной конференции «Бехтеревские чтения». – Киров, 2008. – С. 34–35.
197. Ульянов И. Г. О некоторых эпидемиологических клинико-социальных (аггравация, диссимуляция) экзистенциальных и синергетических аспектах РАМГ / И. Г. Ульянов, О. В. Потапов // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2011. – № 1. – С. 208–217.
198. Устюжанин В. Н. Профессиональный психологический отбор (ППО), его задачи, виды и основные подходы к изменению его структуры / В. Н. Устюжанин // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года). – СПб., 2015. – С. 277–283.
199. Ушаков И. Б. Индивидуальные психофизиологические механизмы адаптации при стрессе смертельно опасных ситуаций / И. Б. Ушаков, Ю. А. Бубеев, С. В. Квасовец, А. В. Иванов // Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова. – 2012. – Т. 98, № 1. – С. 83–94.
200. Фастовцов Г. А. Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн / Г. А. Фастовцов, А. М. Резник, О. Ф. Савина, В. Г. Василевский // Журнал социальной и клинической психиатрии. – 2009. – № 2. – С. 20–25.
201. Фастовцов Г. А. Проблема лекарственной терапии посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войн / Г. А. Фастовцов, А. М. Резник // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 59–65.

202. Фастовцов Г. А. Экспертные критерии применения ст. 22 УК РФ у лиц с атипичными вариантами ПТСР / Г. А. Фастовцов, Е. А. Зайцева // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы XVI Съезда психиатров России : Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – Казань, 2015. – С. 866–867.
203. Федеральный закон № 342-ФЗ от 30.11.2011 г. «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», ст. 9.3.
204. Федеральный закон РФ № 3-ФЗ от 07.02.2011 г. «О полиции», ст. 27, ч. 2.
205. Фисун А. Я. Пути профилактики аддиктивных расстройств в войсках / А. Я. Фисун, В. К. Шамрей, А. А. Марченко, А. Г. Синенченко, А. В. Пастушенков // Военно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 334, № 9. – С. 4–10.
206. Хлусов И. И. Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального риска поведения у лиц разных возрастных групп / И. И. Хлусов // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37. – С. 50–56
207. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97–102.
208. Циганков Б. Д. Посттравматическое стрессовое расстройство / Б. Д. Циганков // Медицинская газета. – 2005. – № 22. – С. 8–9.
209. Човдырова Г. С. Введение в практическую экстремальную патопсихологию / Г. С. Човдырова. – М. : ВНИИ МВД России, 2002. – С. 31.
210. Шадрина И. В. Факторы риска суицидального поведения у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (участников современных локальных войн) / И. В. Шадрина, К. Н. Дедова // Суицидология. – 2011. – Т. 2, № 3 (4). – С. 46–47.

211. Шамрей В. К. Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода / В. К. Шамрей, С. А. Колов, Б. В. Дрига // Вестник психотерапии. – 2011. – Т. 43, № 38. – С. 104–111.
212. Шамрей В. К. Клинические особенности коморбидных боевых посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн / В. К. Шамрей, В. М. Лыткин, Б. В. Дрига, Е. В. Жовнерчук // Психическое здоровье. – 2011. – Т. 9, № 7 (62). – С. 71–74.
213. Шамрей В. К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра / В. К. Шамрей, А. А. Марченко, Е. Ю. Абриталин, А. А. Краснов, А. Ю. Гончаренко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4. – С. 14–18.
214. Шаповал В. А. Профессиональный психологический отбор на службу в органы внутренних дел: вчера, сегодня, завтра / В. А. Шаповал // Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации: практика применения, вопросы и проблемы реализации (Васильевские чтения – 2015) : материалы Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 16–17 июля 2015 года. – СПб., 2015. – С. 293–301.
215. Шаповал В. А. Метод оценки и прогнозирования психологического здоровья и профессиональной идентичности кандидатов на службу и сотрудников МВД на основе психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс» : учеб.-метод. пособие / В. А. Шаповал. – СПб. : СПб Университет МВД России, 2013. – 385 с.
216. Шевцова О. А. Психологическая коррекция расстройств невротического уровня у лиц опасных профессий : автореф. дис. ... канд. биол. наук / О. А. Шевцова. – М., 2010. – 22 с.
217. Шевцова О. А. Особенности начальных изменений состояния психического здоровья у военнослужащих спецслужб России / О. А. Шевцова, В. П. Коханов // Медицина катастроф. – 2010. – № 1. – С. 30–33.

218. Шевченко Т. И. Темперамент как характеристика основных свойств нервной системы сотрудников федеральной противопожарной службы МЧС России / Т. И. Макарова, Н. В. Шевченко // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 1. – С. 115–119.
219. Шутко Г. В. Профилактика наркомании в органах внутренних дел как одна из важных задач медицинского и психологического отбора / Г. В. Шутко, М. А. Бельчанко // Сборник материалов научно-практической конференции «Актуальные вопросы охраны психического здоровья сотрудников правоохранительных органов Российской Федерации», 16 мая 2013 года. – М., 2013. – С. 60–71.
220. Шутко Г. В. Методика организации профессионального психофизиологического отбора кандидатов на службу в органы внутренних дел, кандидатов на учебу в учебные заведения системы МВД России, сотрудников при перемещении по службе / Г. В. Шутко, Н. И. Мягких // Методические рекомендации Департамента тыла и карового обеспечения МВД России. – М., 2009. – С. 79.
221. Шутко Г. В. Проведение реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий среди сотрудников органов внутренних дел / Г. В. Шутко, Н. И. Мягких, Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова, А. Г. Соловьев. – М. : Домодедово : ВИПК МВД России, 2015. – 72 с.
222. Шутко Г. В. Актуальные проблемы и направления совершенствования профессионального психологического отбора в органах внутренних дел : учеб.-метод. пособие МВД России / Г. В. Шутко, Н. И. Мягких, М. А. Бельчанко; Федеральное гос. образовательное учреждение доп. проф. образования «Всероссийский ин-т повышения квалификации сотрудников МВД России». М. : Домодедово, 2011.
223. Щеглова Т. Б. Аутоагрессивное поведение как фактор риска при определении профессиональной пригодности к правоохранительной деятельности / Т. Б. Щеглова // Сборник материалов научно-практической

- конференции, посвященной 40-летию профессионального психологического отбора в органах внутренних дел. – М. : Домодедово, 2013. – С. 96–99.
224. Юдин В. Е. Применение современных психокоррекционных технологий в восстановительном лечении раненых с психической дезадаптацией / В. Е. Юдин, А. М. Щегольков, Л. В. Смекалкина, В. П. Ярошенко, М. Д. Дыбов, М. В. Лямин // Мед. вестн. МВД. – 2010. – № 5. – С. 23–25.
225. Юдин В. Е. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих специального контингента в условиях реабилитационного центра с применением методики нейробиоуправления / В. Е. Юдин, М. Д. Дыбов // Мед. вестн. МВД. – 2011. – № 3. – С. 61.
226. Юрковский О. И. Совершенствование системы реабилитации пострадавшего населения Российской Федерации при чрезвычайных ситуациях / О. И. Юрковский. – М. : Медицина, 2004. – 220 с.
227. Юрковский О. И. Комплексная система реабилитации больных с постстрессовыми расстройствами / О. И. Юрковский, Ю. Н. Замотаев. – М. : Медицина, 2006. – 233 с.
228. Янбухтин Р. М. Институт полиции: социально-управленческие основы повышения эффективности деятельности : монография / Р. М. Янбухтин. – Уфа : УЮИ МВД РФ, 2012. – С. 140.
229. Adams D. Pharmacological management of PTSD: clinical summary of five-year retrospective study; 1990–1995 / D. Adams, L. Lettich, T. Berigan // Military Medicine. – 2003. – № 9. – P. 616–619.
230. Axelrod S. R. Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Dis-order in Veterans of Operation Desert Storm / S. R. Axelrod, C. A. Morgan III, S. M. South-wick // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 270–275.
231. Allsop D. The Cannabis Withdrawal Scale Development: Patterns and Predictors of Cannabis Withdrawal and Distress / D. Allsop, M. Norberg, J.

- Copeland, S. Fu, A. J. Budney // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2011. – 119 (1–2). – P. 123–129.
232. Allsop D. J. Quantifying the clinical significance of cannabis withdrawal / D. J. Allsop, J. Copeland, M. M. Norberg, S. Fu, A. Molnar, J. Lewis, A. J. Budney // *PLoS One*. – 2012. – 17 (9):e44864. doi: 10.1371/journal.pone.0044864.
233. Avants S. K. Making the shift from “addict self” to “spiritual self” : results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behaviour / S. K. Avants, M. Beitel, A. Margolin // *Mental Health, Religion, and Culture*. – 2005. – 18. – P. 167–177.
234. Azhar M. Z. Religious psychotherapy in depressive patients / M. Z. Azhar, S. L. Varma, A. S. Dharap // *PsychotherPsychosom*. – 1995. – 163. – P. 165–173.
235. Budney A. J. The cannabis withdrawal syndrome / A. J. Budney, J. R. Hughes // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2006. – 19 (3). – P. 233–238.
236. Ballenger J. C. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety / J. C. Ballenger, J. R. Davidson, Y. Lecrubier et al. // *J Clin Psychiatry*. – 2000. – № 5. – P. 60–66.
237. Barbour J. G. Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion / J. G. Barbour. – N. Y. : Harper and Row, 1974.
238. Barsky A. The paradox of health / A. Barsky, *N. Engl J. Med*. – 2005. – № 5. – P. 14.
239. Brown B. Psychiatry – an international perspective // *Nord. Psychiatr. Tidsskrift*. – 1980. – Vol. 34, № 2. – S. 93–110.
240. Basoglu M. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture / M. Basoglu, S. Mineka, M. Paker, T. Aker, M. Livanou // *Gok S Psychol Med*. – 1997. – № 3. – P. 21–33.
241. Boer A. Treatment for chronic PTSD / A. Boer, P. J. Hovens, J. H. De Groen // *H. Psychother Psychosom*. – 1997. – P. 55–63.

242. Brewin C. R. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults / C. R. Brewin, B. Andrews, J. D. Valentine // *Clin Psychol.* – 2000. – № 68. – P. 48–66.
243. Brents L. K. Phase I Hydroxylated Metabolites of the K2 Synthetic Cannabinoid JWH-018 Retain In Vitro and In Vivo Cannabinoid 1 Receptor Affinity and Activity / L. K. Brents, E. E. Reichard, S. M. Zimmerman, J. H. Moran, W. E. Fantegrossi et al. // *PLoS ONE.* – 2011. – 16(7). – D. 21917. doi: 10.1371/journal.pone.0021917.
244. Bryant R. A. Disentangling Mild Traumatic Brain Injury and Stress Reactions / R. A. Bryant // *NEJM.* – 2008. – 358 (5). – 525-7.
245. Bradley R. Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD / R. Bradley, J. Greene, E. Russ, L. Dutra, D. A. Westen // *Am J Psychiatry.* – 2005. – P. 214–271.
246. Barsky A. J., Klermann G. L. Overview: hypochondriasis is bodily complaints and somatic styles / A. J. Barsky, G. L. Klermann // *Am. J. Psychiatry.* – 1983. – Vol. 140, № 3. – P. 273–283.
247. Bove A. A. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm / A. A. Bove, S. J. Oxler // *Military Medicine.* – 2007. – № 8. – P. 391–395.
248. Budd F. Helping the helpers after the bombing in Dhahran: critical-incident stress services for an Air Rescue Squadron / F. Budd // *Military Medicine.* – 2007. – № 8. – P. 515 –520.
249. Breslau N. Intelligence and Other Predisposing Factors in Exposure to Trauma and Post-traumatic Stress Disorder A Follow-up Study at Age 17 Years / N. Breslau, V. C. Lucia, G. F. Alvarado // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2006. – № 63. – P. 1238–1245.
250. Burt S. A. How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions / S. A. Burt // *Clinical Psychology Review.* – 2012. – № 32. – P. 263–279.

251. Canada A. L. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer / A. L. Canada, P. A. Parker, J. S. deMoor et al. // *GynecolOncol.* – 2006. – 1101. – P. 305–317.
252. Connor K. M. The role of serotonin in posttraumatic stress disorder neurobiology and pharmacotherapy / K. M. Connor, J. R. Davidson // *CNS Spectrums.* – 2008. – № 2. – P. 43–51.
253. Cloninger C. R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states // *Psychiatry Rev.* – 1986. – Vol. 3, № 4. – P. 167–226.
254. Cardozo L. Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo / L. Cardozo, B. Kaiser, R. Gotway, F. Agani // *J. Traumatic Stress.* – 2003. – № 16. – P. 351–360.
255. Charney D. S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress / D. S. Charney // *Am J Psychiatry.* – 2004. – № 4. – P. 23–27.
256. Cheng M. H. Post-tsunami boost to southeast Asia's mental health care / M. H. Cheng // *Lancet.* – 2006. – № 2. – P. 15–17.
257. Derungs A. Symptoms, toxicities, and analytical results for a patient after smoking herbs containing the novel synthetic cannabinoid MAM-2201 / A. Derungs, A. E. Schwaninger, G. Mansella, R. Bingisser, T. Kraemer, M. E. Liechti // *Forensic Toxicology* – 2013. – Vol. 31, № 1. – P. 164–171.
258. Canter D. Forensic psychology / D. Canter; Published in the United States by Oxford University Press Inc. – N. Y., 2010.
259. DiLalla L. F. Biological and genetic contributors to violence – Widom's untold tale / L. F. DiLalla, I. I. Gottesman // *Psychol. Bull.* – 1991. – Vol. 109, № 1. – P. 125–129.
260. Di Marzo V. The endocannabinoid system: its general strategy of action, tools for its pharmacological manipulation and potential therapeutic

- exploitation / V. Di Marzo // *Pharmacol. Res.* – 2009. – 160 (2). – Д. 77—84. doi: 10.1016/j.phrs.2009.02.010.
261. Demyttenaere K. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys / K. Demyttenaere, R. Bruffaerts, J. Posada-Villa, et al. // *JAMA.* – 2006. – P. 81–90.
262. Dlugosz L. J. Risk factors for mental disorder hospitalization after the Persian Gulf War U. S. Armed Forces, June 1, 1991 – September 30, 1993 / L. J. Dlugosz, W. J. Hocter, K. S. Kaiser et al. // *J. Clin. Epidemiol.* – 1999. – Vol. 52, № 12. – P. 1267–1278.
263. Emsley R. A. Seedat S. Posttraumatic stress disorder and occupational disability in South African security force members / R. A. Emsley, S. Seedat // *J Nerv Ment Dis.* – 2003. – № 4. – P. 37–41.
264. Escobar J. P. Somatization in the community / J. P. Escobar, M. A. Burman, M. Karno et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 44. – P. 713–718.
265. Elphick M. R., Egertová M. The neurobiology and evolution of cannabinoid signaling / M. R. Elphick, M. Egertová // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* – 2001. – 1356 (1407). – Д. 381—408. doi: 10.1098/rstb.2000.0787.
266. Furedi F. *Therapy culture : cultivating vulnerability in an anxious age* / F. Furedi // London Routledge. – 2003. – № 3. – P. 23–24.
267. Finestone A. J. A doctor's dilemma: is a diagnosis disabling or enabling? / A. J. Finestone // *Arch Intern Med.* – 1997. – P. 491–492.
268. Friedman L. C. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public secotr setting / L. C. Friedman, M. Kalkidas, R. Elledge et al. // *J. Behav Med.* – 2006. – 119. – P. 327–334.
269. Gilbertson M. W. Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma / M. W. Gilbertson, M. E. Shenton, A. Ciszweski et al. // *Nat Neurosci.* – 2002. – № 5. – P. 124.

270. Gray G. A. Neural systems, emotions and personality / G. A. Gray // *Neurobiology of learning, emotion and affects* / ed. J. Madden. – N. Y., 1993. – P. 273.
271. González S. Cannabinoid tolerance and dependence : a review of studies in laboratory animals / S. González, M. Cebeira, J. Fernández-Ruiz // *Pharmacol. Biochem. Behav.* – 2005. – 181(2). – P. 300–318.
272. Gorelick D. A. Diagnostic Criteria for Cannabis Withdrawal Syndrome / D. A. Gorelick, K. H. Levin, M. L. Copersino et al. // *Drug Alcohol Depend.* – 2012. – 123(1–3). – P. 141–147. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.11.007.
273. Gunderson E. W. “Spice” and K2” herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans / E. W. Gunderson, H. M. Haughey, N. Ait-Daoud, A. S. Joshi, C. L. Hart // *Am. J. Addict.* – 2012. – 121 (4). – P. 320–326. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00240.x.
274. Carey G. Twin imitation for antisocial behaviour : implication for genetic and family environment research / G. Carey // *J. Abnorm. Psychology.* – 1992. – Vol. 101, № 1. – P. 18–25.
275. Green B. L. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans / B. L. Green, M. C. Grase [et al.] // *American journal of psychiatry.* – 1990. – Vol. 147. – P. 729–733.
276. Hasking P. The Nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults / P. Hasking, R. Momeni, S. Swannell, S. Chia // *Archives of Suicide Research.* – 2008. – № 12. – P. 208–218.
277. Hughes H. J. Going to war can be good for you: deployment to war in Iraq is associated with improved mental health for UK personnel / H. J. Hughes, F. Cameron, R. Eldridge, M. Devon, N. Greenberg, S. Wessely // *Br J Psychiatry.* – 2005. – № 2. – P. 36–37.
278. Huibers M. J. The act of diagnosis: pros and cons of labeling chronic fatigue syndrome / M. J. Huibers, S. Wessely // *Psychol Med.* – 2006. – P. 895–900.

279. Harvey B. H. Stress-restress evokes sustained iNOS activity and altered GABA levels and NMDA receptors in rat hippocampus / B. H. Harvey, F. Oosthuizen, F. Brand, G. Wegener, D. J. Stein // *Psychopharmacology*. – 2004. – № 5. – P. 94–50.
280. Hall D. P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy / D. P. Hall // *Military Medicine*. – 1996. – № 3. – P. 159–162.
281. Haney M. The marijuana withdrawal syndrome: diagnosis and treatment / M. Haney // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2005. – 17 (5). – P. 360–366.
282. Hesse M. Time-course of the DSM-5 cannabis withdrawal symptoms in poly-substance abusers / M. Hesse, B. Thylstrup // *BMC Psychiatry*. – 2013. – 13: 258. doi: 10.1186/1471-244X-13-258.
283. Harris J. I. The effectiveness of trauma focused spirituality integrated intervention for veterans exposed to trauma / J. I. Harris, C. R. Erbes, B. E. Engdahl et al. // *J. ClinPsychol.* – 2011. – 167. – P. 1–14.
284. Inzlicht M. Neural markers of religious conviction / M. Inzlicht et al. // *Psychol. Sci.* – 2009. – 120. – P. 385–392.
285. Jones E. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution / E. Jones, R. Hodgins-Vermaas, H. Cartney, et al. // *BMJ*. – 2002. – № 3. – P. 321–324.
286. Jones E. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th century diagnosis / E. Jones, R. H. Vermaas, H. Cartney, et al. // *Br J Psychiatry*. – 2003. – № 3. – P. 58–63.
287. Jones N. Mental health and psychological support in UK armed forces personnel deployed to Afghanistan in 2010 and 2011 / N. Jones, P. Mitchell, J. Clack, M. Fertout et al. // *Br. J. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204, №. 2. – P. 157–162.
288. Johnson L. A. Spice: a legal marijuana equivalent / L. A. Johnson, R. L. Johnson, C. Alfonzo // *Mil. Med.* – 2011. – Vol. 176, № 6. – P. 718–720.
289. Jorm A. F. Mental health literacy / A. F. Jorm // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 396–401.

290. Jenaway A. Triplets where monozygotic siblings are concordant for arson / A. Jenaway, M. Swinton // *Med. Sci. Law.* – 1993. – Vol. 33, 3 4. – P. 351–353.
291. Kaminer D. The truth and reconciliation commission in South Africa: relation to psychiatric status and forgiveness among survivors of human rights abuses / D. Kaminer, D. J. Stein, D. J. Mbanga, N. Zungu-Dirwayi // *Br J Psychiatry.* – 2001. – № 2. – P. 71–77.
292. Kaplan Z. Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience? / Z. Kaplan, M. A. Matar, R. Kamin, T. Sadan, H. Cohen // *J Clin Psychiatry.* – 2005. – P. 35–54.
293. Kandel E. R. A new intellectual framework for psychiatry/ E. R. Kandel // *American Journal of Psychiatry.* – 1998. – Vol. 155. – P. 457–469.
294. Kishbaugh D. Amputee soldiers and their return to active duty / D. Kishbaugh, T. R. Dillingham, R. S. Howard // *Military Medicine.* – 2007. – № 2. – P. 82–84.
295. Koenig H. G. Schizophrenia and other psychotic disorders / H. G. Koenig // Peteet J. R., Lu F. G., Narrow W. E. (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V.* – Arlington : American Psychiatric Association, 2011. – P. 31–51.
296. Zimmermann U. S. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of “spice gold” / U. S. Zimmermann, P. R. Winkelmann, M. Pilhatsch, J. A. Nees, R. Spanagel, K. Schulz // *Deutsches Ärzteblatt International.* – 2009. – Vol. 106, № 27. – P. 464–467.
297. Kitayama N. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder a meta-analysis / N. Kitayama, V. Vaccarino, M. Kutner, P. Weiss, J. D. Bremner // *J Affect Disord.* – 2005. – № 88. – P. 79–86.
298. Kleinman A. *Rethinking psychiatry : from cultural category to personal experience* / A. Kleinman. – N. Y. : Free Press, 1998. – P. 12.

299. Lopez-Ibor J. J. Disasters and mental health / J. J. Lopez-Ibor, G. Christodoulou, M. Maj, N. Sartorius, A. Okasha. – Chichester England : John Wiley, 2005. – P. 11–12.
300. Lee K. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat / K. Lee, S. Vaillant, W. Torrey, Q. Elder // *Am J Psychiatry*. – 1995. – № 5. – P. 16–22.
301. Lipowski Z. J. Somatization: the concept and its clinical application / Z. J. Lipowski // *Am. J. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 145, № 11. – P. 1358–1368.
302. Luntz B. K. Antisocial personality disorder in abused children grown up / B. K. Luntz, C. S. Widom // *Am. J. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151, № 5. – P. 670–674.
303. Levin Ê. H. Cannabis Withdrawal Symptoms in Non-Treatment-Seeking Adult Cannabis Smokers / Ê. H. Levin, M. L. Copersino, S. J. Heishman, F. Liu, D. L., Kelly D. L. Boggs, D. A. Gorelick // *Drug Alcohol Depend.* – 2010. – 111(1–2). – P. 120–127. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.04.010.
304. Management of mental illness by the British Army / L.A. Neal, M. Kiernan, D. Hill [et al.] // *Br. J. Psychiatr.* – 2003. – Vol. 182, № 4. – P. 337–341.
305. Margalit C. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach / Ch. Margalit, S. Rabinovich, T. Erion, Z. Solomon, J. Ribak // *Military Medicine*. – 1994. – № 5. – P. 415–418.
306. Marsella A. J. Ethnocultural aspects of PTSD: some closing thoughts / A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity, R. M. Scurfield. – Washington DC : American Psychological Association, 1996. – P. 58–60.
307. Mossman D. Veterans affairs disability compensation : a case study in countertherapeutic jurisprudence / D. Mossman // *Bull Am Acad Psychiatry Law*. – 2005. – № 1. – P. 27–34.
308. Moore T. H. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review / T. H. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T. R. Barnes, P. B. Jones, M. Burke, G. Lewis // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370, № 9584. – P. 319–328.

309. Mishara A. L. Psychopathology in the light of emergent trends in the philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology / A. L. Mishara, M. A. Schwartz // *Current Opinion in Psychiatry*. – 1997. – Vol. 10. – P. 383–389.
310. McCanlies E. Associations of Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder with Peritraumatic Dissociation, and the role of Trauma Prior to Police Work / E. McCanlies, K. Sarkisian, M. Andrew et al. // *Occup. Environ. Med.* – 2014. – Jun. – Vol. 71. – Suppl.1:A67. – doi: 10.1136/oemed-2014-102362.209.0065.
311. Meares S. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome / S. Meares, E. A. Shores, A. J. Taylor et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 2008. – 79. – 300-6.
312. McFall M. Analysis of Violent Behavior in Vietnam Psychiatric Inpatients with Posttraumatic Stress Disorder / M. McFall, A. Fontana, M. Raskind, R. Rosenheck // *J. Traumatic stress*. – Vol. 12. – Number 3. – July 1999. – P. 168–184.
313. Neria Y. Mental health in the wake of a terrorist attack / Y. Neria, R. Marshall, E. Susser. – N. Y. : Cambridge University Press, 2005.
314. Norenzayan A. The origin and evolution of religious prosociality / A. Norenzayan, A. F. Shariff // *Science*. – 2008. – 1322. – P. 58–92.
315. Ommeren M. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus / M. Ommeren, S. Saxena, B. Saraceno // *Bull World Health Organ.* – 2005. – № 6. – P. 71–75.
316. Ommeren M. Mental health in the wake of a terrorist attack / M. Ommeren, S. Saxena, B. Saraceno // *Bull World Health Organ.* – 2007. – № 5. – P. 7–8.
317. Pupavac V. War on the Couch: the emotionology of the new international security paradigm / V. Pupavac // *Eur J Soc Theory*. – 2004. – № 3. – P. 49–70.

318. Pitman R. K. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol / R. K. Pitman, K. M. Sanders, R. M. Zusman et al. // *Biol Psychiatry*. – 2002. – № 2. – P. 89–92.
319. Pupavac V. Populations and Colonizing Minds: International Psychosocial Programs in Koso / V. Pupavac // *Pathologizing Alternatives*. – 2002. – № 3. – P. 489–511.
320. Perrez M. Stress, coping, and health. A situation behavior approach: Theory, methods, applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle / Toronto : Hogrefe & Huber publishers, 1992. – 233 p
321. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry/ N. Perroud // Huguelet P., Koenig H. G. (eds.). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 2009. – P. 48–64.
322. Stuart J. The psychological status of U. S. Army soldiers during resent military operations / J. Stuart, R. R. Halverson // *Military Medicine*. – 1997. – № 11. – P. 737–743.
323. Solomon Z. Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study / Z. Solomon, M. Mikulincer, E. Avitzur // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1988. – V. 55. – P. 279–285.
324. Rose S. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD) / S. Rose, J. Bisson, R. Churchill, S. Wessely // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2002. – № 4. – P. 23–25.
325. Rogers R. Rethinking the DSM-III-R diagnosis of antisocial personality disorder (Review) / R. Rogers, K. Dion // *Bull. Am. Acad. Psychiatry and the Law*. – 1991. – Vol. 19, № 1. – P. 21–31.
326. Rogers D. J. Climate change and vector-borne diseases / D. J. Rogers, S. E. Randolph // *Adv. Parasitol*. – 2006. – Vol. 62. – P. 345–381.
327. Rosmarin D. H. A randomized controlled evaluation of spirituality integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered

- via the Internetn / D. H. Rosmarin, K. Pargament, S. Pirutinsky et al. // *J AnxietyDisord.* – 2010. – 124. – P. 799–808.
328. Stein D. J. Philosophy and the DSM-III / D. J. Stein // *Compr. Psychiatry.* – 1991. – № 32. – P. 40–41.
329. Stein D. J. Cross-cultural aspects of anxiety disorders / D. J. Stein, E. Hollander, H. Washington // *D : American Psychiatric Publishing.* – 2007. – № 1. – P. 63–74.
330. Sadler J. Z. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification / J. Z. Sadler, O. P. Wiggins, M. A. Schwartz, M. D. Baltimore // *John Hopkins University Press.* – 1994. – № 5. – P. 11.
331. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category / D. Summerfield. – N. Y. : *BMJ.* – 2001. – P. 95–98.
332. Sofiadis N. Th. Principles of forming of the programs of motor activity for health rehabilitation / N. Th. Sofiadis, T. N. Malyarenko. – Thessaloniki: *Univ. Studio Press,* 2008. – 111 p.
333. Summerfield D. Effects of war: moral knowledge, revenge, reconciliation, and medicalised concepts of “recovery” / D. Summerfield. – N. Y. : *BMJ,* 2002. – 325 p.
334. Sommers C. H. One Nation Under Therapy : how the Helping Culture is Eroding Self-Reliance / C. H. Sommers, S. Sate. – N. Y. : *St. Martin’s Press,* 2005. – P. 7–9.
335. Shay J. Archilles in Vietnam : Combat trauma and the undoing of character / J. Shay. – N. Y. : *Touchstone,* 1995. – P. 3–4.
336. Shephard B. “Pitiless Psychology”: the role of prevention in British military psychiatry in the Second World War / B. Shephard // *Hist Psychiatry.* – 1999. – № 5. – P. 491–524.
337. Stein D. J. Depression and anxiety in the developing world: is it time to medicalise the suffering? / D. J. Stein, O. Gureje // *Lancet.* – 1991. – № 1. – P. 34.

338. Shephard B. A war of nerves, soldiers and psychiatrists 1914–1994 / B. Shephard. – L. : Jonathan Cape, 2000. – P. 2–3.
339. Soroko S. The mechanism of the adaptation to the oxygen deficiency as common mechanism for other kinds of adaptogenic factors / S. Soroko, S. Krivochekov // Adaptation to the environment: abSt. of 33th Internal Congress of Physiol. Sc. – St. Petersburg, 1997. – 43 p.
340. Sutker P. B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts / P. B. Sutker // Progress in experimental personality and psychopathology research, 1994. – P. 73–120.
341. Svrakic D. M., McCallum K. Antisocial behaviour and personality disorders (Review) / D. M. Svrakic, K. McCallum // Am. J. Psychotherapy. – 1991. – Vol. 45, № 2. – P. 181–197.
342. Talarico R. Behçet's disease: features of neurological involvement in a dedicated centre in Italy / R. Talarico, A. d'Ascanio, M. Figus, C. Stagnaro, Ferrari C., E. Elefante, C. Baldini, C. Tani, M. Mosca, S. Bombardieri. – Clin Exp Rheumatol 2012; 30 : 3 Suppl 72 : 69–72.
343. Takla N. K. Combat stress, Combat Fatigue and psychiatric disability in aircrew / N. K. Takla, R. Koffman, D. A. Bailay // Aviation, Space and environment Medicine. – 1994. – № 65. – P. 85–86.
344. Tepper L. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness / L. Tepper, S. A. Rogers, E. M. Coleman et al. // Psychiatr Serv. – 2001. – 52. – P. 660–665.
345. Turk M. A., Weber R. J. Congenital and childhood-onset disabilities: age-related changes and secondary conditions in mobility impairments / M. A. Turk, R. J. Weber // DeLisa J. A. (ed-in-chief). Physical medicine and rehabilitation / Principles and practice. – 2005. – 4th ed. – Vol. 2. – Ch. 71. – P. 1519–1529.
346. Yehuda R. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis / R. Yehuda, A. C. Farlane // Am J Psychiatry. – 1995. – № 3. – P. 13.

347. Young A. The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder / A. Young. – Princetown : University Press, 1995. – P. 95–98.
348. Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder / R. Yehuda // Clin Psychiatry. – 2004. – № 5. – P. 29–36.
349. Yehuda R. Current status of Cortisol findings in post-traumatic stress disorder / R. Yehuda // Psychiatr Clin North Am. – 2002. – № 25. – P. 51–68.
350. Vandrey R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids) / R. Vandrey, K. E. Dunn, J. A. Fry, E. R. Girling // Drug and Alcohol Dependence. – 2012. – Vol. 120, № 1–3. – P. 238–241.
351. Van der Kolk B. A., Ducey C. P. The psychological processing of traumatic experience : Rorschach patterns in PTSD / B. A. Van der Kolk, C. P. Ducey // J. of Traumatic Stress. – 1989. – V. 2. – P. 259–247.
352. Vermetten E. Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder / E. Vermetten, M. Vythilingam, J. D. Southwick, E. Vermetten, M. Vythilingam, S. M. Southwick, D. S. Charney, J. D. Bremner // Psychiatry. – 2003. – № 3. – P. 693–702.
353. Verhagen P. J. Multicultural education and training in religion and spirituality/ P. J. Verhagen, J. L. Cox // Religion and Psychiatry. – Beyond boundaries. – N. Y. : Wiley, 2010. – P. 587–613.
354. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness/ N. Yangarber-Hicks // J. PsycholTheol. – 2004. – 132. – P. 305–331.
355. Williges R. S. Behavioral measures of aircrew mental workload / R. S. Williges, W. W. Wierwill // Human Factors. – 2009. – Vol. 21. – P 549–574.
356. Wessely S. Risk, psychiatry and the military / S. Wessely // Br J Psychiatry. – 2005. – № 4. – P. 59–66.
357. Wessely S. N. Victimhood and resilience / S. N. Wessely // Engl J. Med. – 2005. – № 4. – P. 48–50.

358. Wessely S. Don't panic! Short and long term psychological reactions to the new terrorism: the role of information and the authorities / S. Wessely // J. Ment Health. – 2005. – № 14. – P. 1–6.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Клиническое наблюдение № 1

Комбатант К. пенсионер МВД России

ветеран боевых действий, 1973 года рождения.

Диагноз: Хроническое изменение личности после переживания катастрофы, F62.0

Анамнез жизни: родился в д. Рокино М. района Кировской области в семье рабочих младшим ребенком из двух. Воспитывался в полной семье до 10 - летнего возраста. Отец злоупотреблял алкоголем (со слов была «белая горячка», в связи, с чем были скандалы дома), совершил суицид в состоянии алкогольного опьянения. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, был активным, здоровым, общительным ребенком. В школу пошел с семи лет, учился удовлетворительно, увлекался физкультурой, математикой, рисованием. Окончил 10 классов общеобразовательной школы в 1987 году, затем СПТУ № 1 по специальности слесарь (1987-88г.г.).

Срочная служба в РА с 1988-90 г.г., инженерно-саперные войска, дислокация на Украине, Венгрии, Белоруссии. Во время срочной службы в Венгрии были ситуации обстрелов, но перенес это спокойно. Демобилизовался в звании мл. сержанта. С 1990 по 1993 г. работал на мебельной фабрике станочником. Женат с 1995 года, от брака двое детей.

В 1993г поступил на службу в МВД России, в конвойное отделение ОВД по Северодвинскому району. В 1995 г. был направлен в служебную командировку в СКР, участвовал в активных боевых действиях в первой чеченской войне. Неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям, был свидетелем гибели большого количества людей («был хаос, стреляли друг в друга»), приходилось быть свидетелем, когда добивали и выбрасывали раненых, но еще живых людей, оказывал первую помощь тяжело раненым сослуживцам. После возвращения был «не в своей тарелке», казалось, что не успеет «пожить, жениться», было ощущение постоянной опасности, угрозы, ходил для безопасности у стенки, выглядывал осторожно из-за угла «вдруг

застрелят», пугался громких звуков, понял, что его жизнь «ничего не стоит». Ночами беспокоили кошмары, подолгу не мог уснуть, снились сны про войну, («стрелял, а пули падали, не попадая в цель, прятался из-за страха быть обнаруженным и убитым»), при пробуждении возникала тревога, страх, просыпался в поту с сильным сердцебиением. К врачу не обращался, «думал, что так у всех так бывает».

В 1996 г. повторно командирован в СКР, дислоцировались в другом районе СКР, было несколько спокойнее, чем в 1995г., хотя по - прежнему возникали ситуации угрозы жизни, реагировал легче, стало как-то привычней. По возвращению почувствовал, что изменился, стал замкнутым, «как то охладел к людям, жизни», «не о чем говорить, нет интереса», испытывал дискомфорт, тревогу, окружающая обстановка казалась отстраненной, «все вижу как есть, но со стороны». К врачам не обращался, о своих переживаниях не рассказывал ни кому, даже жене. Появилось чувство постоянного ожидания неприятностей в будущем. Жена стала отмечать странности в поведении (стал вспыльчивым, нетерпимым, раздражительным, замкнутым, молчаливым), спустя год эмоциональное состояние выровнялось, но сохранялось недоверие к окружающим, подозрительность, эпизодически возникала тревожность.

За время службы в МВД России командировался в СКР 12 раз в период с 2000 по 2011 годы, участвовал в боевых действиях во второй чеченской войне, где также неоднократно возникали угрожающие жизни ситуации.

Ухудшение психического состояния с июня 2006 года, когда впервые при проведении планового профилактического осмотра после командировки в СКР, предъявлял жалобы на нарушения сна со сновидениями кошмарного содержания о войне, раздражительность, вспыльчивость, тревогу, страх за семью, безразличие к окружающему, казалось, что смотрит на мир со стороны. Был госпитализирован в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСР, тревожный вариант. Получал эглонил, amitриптилин,

феназепам. Выписан с улучшением с рекомендацией приема amitриптилина в течение 3 месяцев, с регулярным контролем у психиатра.

В апреле 2007 года обратился на поликлинический прием к ведомственному психиатру самостоятельно с ухудшением психического состояния диагноз: ПТСР, назначена амбулаторная терапия.

После очередной командировки в СКР в декабре 2007 года жаловался на усиление раздражительности, нарушения сна, тревогу, приступы сердцебиения, возникающие в утренние часы, дневную вялость, утомляемость, рассеянность внимания, безразличие к окружающему, «потерю радости, чувств, все одинаково, монотонно, неинтересно», кроме того ухудшение состояния связывал с тем, что в период его командировки произошли трагические события в семье. По приезду он решил убить обидчика, продумывал план как это сделать, чтобы ни кто не узнал, что это он, но не успел («тот сам повесился»). Был направлен на стационарное лечение в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСР. Получал amitриптилин, эглонил, феназепам. Выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией приема медикаментов, под динамическим контролем психиатра.

В апреле 2008 года, при плановой диспансеризации отмечал нестабильность эмоционального состояния, был настроен негативно, интравертирован, дисфоричен, от лечения в профильном ЛПУ отказывался.

С ухудшением психического состояния в августе 2008 года, после очередной командировки в СКР, был направлен на лечение в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСР. Жаловался на приступы сердцебиений, ухудшение состояния в вечернее время, тревогу, раздражительность, страх за семью, навязчивые опасения (закрывал двери, окна, боялся угроз со стороны «чехов»).

В ноябре 2008 года, обратился на амбулаторный прием к психиатру с теми же жалобами, был повторно госпитализирован с диагнозом: ПТСР, от

лечения в профильном ЛПУ отказывался («боялся, что уволят»), выписан с рекомендацией приема медикаментов под контроль психиатра поликлиники.

После очередной командировки в СКР, при профосмотре в феврале 2010 года, предъявлял жалобы невротического характера. Был направлен на стационарную реабилитацию с диагнозом: неврастения, смешанная форма. Получал: эглонил, грандаксин, рексетин, феназепам. Выписан в удовлетворительном состоянии.

В период 2010–2011 годы 3 раза командировался в СКР, в виду нехватки кадров (интервал между последними был командировками менее 3х месяцев), пережил психотравмирующие ситуации боевого характера, в горах, шахтах итд). Во время последней командировки у него умерла мать, приезжал на похороны. После командировки при прохождении обследования в ЦПД, были выявлены выраженные негативные психодинамические изменения, был направлен к психиатру. Диагноз: ПТСР, F 62.0? Был направлен на стационарное лечение в неврологическое отделение МСЧ УВД.

В отделении вел себя обособлено, ни с кем не общался, при скрипе дверей и громкой речи со стороны резко оборачивался, сжимал кулаки. При беседе о войне замыкался, отвечал неохотно, короткими фразами. Просил ничего не записывать, так как «боится за семью», кто-нибудь узнает, будет разбираться прокуратура, да и «угроза со стороны чеченцев». Дома так же все раздражало, даже дети, от этого «становилось еще хуже, но ничего поделать с собой не мог». Чувствовал себя лучше в полном одиночестве, «жду, когда все свалят».

Психическое состояние: Сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Внешне небрежен, движения угловаты. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Насторожен, подозрителен, дисфоричен, тревожен. Беседа по внешнеобвиняющему типу. Мышление логичное, последовательное,

замедлено по темпу. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Рвотный рефлекс сохранен, абстинентный синдром не сформирован.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм. рт. ст. Пульс 52 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные психодиагностического исследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 79,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 90,4 бал., «пессимистичность» – 83,1 бал.; МЛЮ «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень физической агрессии; КОТ – уровень интеллекта выше среднего.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечаются: вспыльчивость, раздражительность, ощущение угрозы, ненависть к окружающим, перепады настроения, конфликтность в семейных отношениях.

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: здоров.

Осмотры окулиста, оториноларинголога – здоров.

Учитывая данные анамнеза, клинического обследования, наличии негативной динамики в психическом состоянии, с добровольного согласия, принято решение о направлении на стационарное лечение в отделение пограничных состояний с диагнозом Расстройство личности после переживания катастрофы F 62.0

В последующем уволен из МВД России от направления на МСЭ отказался.

Клиническое наблюдение № 2

**Комбатант М. капитан полиции МВД России
ветеран боевых действий, 1972 года рождения.**

Диагноз: Расстройство адаптации, со смешанными нарушениями эмоций и поведения F43.25

Анамнез: родился в г. Р., от нормально протекавшей беременности и родов. Воспитывался в полной семье. Психические заболевания у близких родственников не зарегистрированы. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, был активным, общительным, жизнерадостным ребенком. Мама по характеру спокойная уравновешенная. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, дисциплинарных замечаний не имел, был лидером среди сверстников, активным, деятельным. Занимался спортом. Окончил 10 классов общеобразовательной школы, затем получил высшее юридическое образование. С 2000 года служит в спецподразделении МВД России, за период с 2000 по 2008 г.г. службы 7 раз командировался в СКР, участвовал во 2й чеченской войне, в активных боях в г. Аргуне, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям.

Анамнез заболевания: после возвращения из седьмой командировки в СКР в 2008 г., во время целевого психодиагностического обследования в ЦПД, были обнаружены признаки посталкогольного соматовегетативного состояния (подъем артериального давления до 140 на 90, тремор рук и мышц лица, инъекции сосудов склер).

Жалоб активно не предъявлял. При беседе сообщил, что накануне употребил 250 гр. водки и 1 литр пива. Отметил, что после командировки возникло «нервное» состояние, которое объяснял ссорой с женой и напряженной командировкой.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контактен. Моторно беспокоен, выраженный тремор рук,

мышц лица, шеи, внутренняя дрожь. Крайне аффективно неустойчив, категоричен, все проблемы отрицает. Говорит на повышенных тонах. Возбудим, критики к поведению и состоянию нет. Считает, что тремор и такое состояние было всегда, и «это нормально, жить и работать не мешает». Семейные проблемы отрицает, однако после беседы с женой по телефону сильно нервничает, при этом усиливается тремор, поднимается АД. Тяготеет к обследованию. Мышление абстрактно-логическое, память, интеллект не нарушены, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Рвотный рефлекс сохранен, ситуационный контроль потребления снижен, частота употребления алкоголя (со слов) 4 раза в месяц, толерантность до 250 гр. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные экспериментально - психологического обследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 64,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 69,4 бал., «пессимистичность» – 80,2 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечают: вспыльчивость, «больше в семье», перепады настроения,

конфликтность в семейных отношениях. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже четырех раз в месяц.

Был направлен на медико-психологическую реабилитацию в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: расстройство приспособительных реакций с нарушением поведения. Пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя? (F 43.24, F 10.1?).

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: синдром ВСД.

Осмотры окулиста, оториноларинголога – органической патологии не выявлено.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях: медикаментозное лечение: эглонил 5%, 2,0 в./м. № 10, анафранил 50 мг в сутки, феназепам – 0,001 на ночь, психотерапия: рациональная, семейная, арттерапия.

При проведении арттерапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Р. (сюжет – «зимний пейзаж»), прослеживались выраженные тревожно-депрессивные симптомы, социальная отгороженность, пессимизм (рис. 1а). После проведенной медико-психологической реабилитации (сюжет – «лето в лесу») стабилизировался эмоциональный фон, появилась уравновешенность на фоне интравертированности (рис. 1б). Работы выполнены маслом на грунтованном холсте.

После проведенной стационарной реабилитации в течение 25 дней, отмечалась позитивная динамика психического состояния с редукцией психопатологических симптомов (улучшилось настроение, упорядочилось поведение, стал более коммуникабелен, появилась критика к поведению). Учитывая данные клинического обследования, показатели лабораторных исследований диагноз: РА с нарушением поведения (F 43.24). Данных за

злоупотребление алкоголем с вредными для здоровья последствиями не выявлено.



Рис. 1а. Работа комбатанта Р.
после командировки в СКР,
диагноз: РА



Рис. 1б. Работа комбатанта Р.
после реабилитации,
диагноз: Здоров

Рекомендовано: продолжить медикаментозное лечение: анафранил 50 мг в сутки в течение трех месяцев.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Клиническое наблюдение № 3

Комбатант М. старшина милиции МВД России

ветеран боевых действий, 1964 года рождения.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип, F43.1

Жалобы на тревогу, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна (подолгу не может заснуть из-за тревожных мыслей о своем будущем и состоянии здоровья, сон поверхностный, просыпается в 4 утра, с ощущением вялости и тревоги, продолжительность ночного сна - 3-4 часа), боли в области грудной клетки слева на выдохе, колющего характера, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, ощущение «будто внутри все надувается», снижение массы тела на 6 кг за 2 мес., страх перед «неизвестной болезнью».

Данное состояние связывал с командировкой в СКР, перенапряжением.

Анамнез жизни: родился в г. Н., в семье рабочих, вторым ребенком. Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. По характеру был спокойным, «режимным ребенком», послушным, проблем с поведением не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, без троек. Товарищей среди сверстников было много, но длительных дружеских отношений «как-то не получалось», что связывает с частой сменой места жительства родителей (Краснодарский край, Татарстан).

Окончил 10 классов общеобразовательной школы в 1981 году, поступил в ПТУ по специальности слесарь КИП, окончил обучение с красным дипломом. 1982–1984 гг. – срочная служба в РА, служил в Польше, в боевых действиях во время срочной службы не участвовал. Демобилизовался в звании сержанта. После демобилизации работал на севере в г. Новый Уренгой, по основной специальности до 1987 года. В 1987

переехал в г. К., работал слесарем на заводе бетонных конструкций, фабрике игрушек.

Служит в МВД с 1993 года по настоящее время. Первый брак 1987–2010 г., от брака двое детей, развод по инициативе жены (с детьми не общается, так как «они не идут на контакт»). Женат второй раз с 2010 года, во втором браке общих детей нет. За время службы 4 раза командировался в СКР.

Анамнез заболевания: при проведении психодиагностического обследования после командировки в СКР в 2007 г. был выявлен страх за состояние здоровья. В связи с чем предъявлял вышеперечисленные жалобы.

Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Гипомимичен, идеаторно и моторно заторможен, внимание рассеяно, ответы краткие, после паузы, эмоционально лабилен, на глазах слезы. Просит о помощи, «устал так жить», настроение снижено. Сообщил что перестал «видеть свет в окне», «нет радости», «нет чувств». Мышление логичное, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Память, интеллект в норме, внимание неустойчивое, рассеян, напряжен, астенизирован, ипохондричен. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено. Алкоголем не злоупотребляет. При беседе удалось выяснить, что к вечеру появляется состояние страха за жизнь, беспокойство, вспоминаются психотравмирующие события, связанные с войной.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 58 в минуту, ритмичный, симметричный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Инструментальные методы обследования: ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ – без патологии.

Лабораторные исследования: без патологии.

Данные психодиагностического исследования: СМИЛ – пики профиля по шкалам «тревожность» – 84,1 бал., «невротического сверхконтроля» – 88,1 бал., «пессимистичность» – 96,2 бал.; МЛЮ «Адаптивность» – снижение АС, КО, НПУ; тест Басса-Дарки – высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта высокий, тест ПТСП Котенева – признание травмирующего события.

Направлен на стационарное лечение и обследование в неврологическое отделение МСЧ УВД с диагнозом: ПТСП, тревожно-депрессивный вариант.

Проведенное лечение: эглонил 2,0 в/м № 10 через день, пароксетин 0,02 утром, феназепам 0,001 мг 3 раза в день, психотерапия: рациональная, семейная.



Рис. 2а. Работа комбатанта М. после командировки в СКР, диагноз: ПТСП



Рис. 2б. Работа комбатанта М. после проведения реабилитации, диагноз: Здоров

Представленная в рисунках динамика, отражает изменения в психическом состоянии данного комбатанта. Рисунки выполнены на грунтованном холсте маслом. После возвращения из СКР был нарисован «шаман без головы и горящие змеи» и выбрана цветовая гамма (черный, красный, оранжевый) на рисунке отчетливо прослеживалась эмоциональная нестабильность с выраженным эксплозивно-дисфорическим фоном, агрессивная направленность, страх, тревога, негативизм (рис. 2а). После проведенной реабилитации – сюжет «цветок в пустыне»; цветовая гамма: голубой, белый, зеленый, отмечались: уравновешенность, спокойствие, позитивная настроенность на будущее, отсутствие агрессивности и тревоги (рис. 2б).

При выписке рекомендовано продолжить медикаментозное лечение: пароксетин 0,02 утром в течение 4 мес.

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Клиническое наблюдение № 4

Комбатант Н. майор полиции МВД России

ветеран боевых действий, 1976 года рождения.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивный тип, F43.1

Анамнез жизни родился в г. Омутнинск первым ребенком, в семье рабочих. Мама по характеру спокойная, уравновешенная, застенчивая, отец вспыльчивый, активный, деятельный, упрямый. Со слов Н., внимания детям уделяли мало, постоянно работали и были заняты работой по дому. В детстве рос здоровым ребенком, по характеру был лидером. Стойких привязанностей не имел, любил проводить время во дворе и активные спортивные игры. В школе учился на «хорошо» и «отлично». Посещал спортивные кружки, увлекался футболом и спортивной борьбой. Пользовался популярностью у сверстников, замечаний по дисциплине в школе не имел. По окончании 10 классов средней школы проходил срочную службу в военно-десантных войсках, демобилизовался в звании сержанта, в должности командира отделения. После возвращения устроился на работу в МВД России, в спецназ. Имел поощрения по службе, быстро продвигался по служебной лестнице. В 2000 г. был направлен в СКР, где участвовал в боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям. После обстрела в горах Чери-Юрта возникло кратковременное состояние паники, купировалось без медицинской помощи.

Анамнез заболевания. Ухудшение состояния с декабря 2008 г., после исполнения служебно-боевых задач в СКР. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям, во время «зачистки», был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал раздражительным, вспыльчивым, нарушился сон, появились сновидения о

боевых действиях негативного характера (снились трупы убитых сослуживцев, «стрелял по врагам, но пули летели мимо», «чувствовал, как умирает», просыпался в холодном поту, с ощущением сердцебиения, тревогой, появились сложности в контроле поведения, беспокойство, мрачно-угнетенное настроение.

При целевом психодиагностическом осмотре после возвращения из СКР, сначала свои проблемы отрицал.

После проведения индивидуально-разъяснительного клинического интервью стал предъявлять жалобы на беспокойство, раздражительность, нарушения сна.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечаются: раздражительность, перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных отношениях, внутреннее напряжение, подозрительность, тревога, ощущение несправедливости жизни, ощущение «непонимания со стороны окружающих», неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже одного раза в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами, так как «только они его понимают». Отмечал, что сомневается в верности жены, поэтому в семье были скандалы и ссоры. Отметил, что за время службы изменился, «перестал доверять людям».

Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 69,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 68,2 бал., «пессимистичность» 78,4 бал.; МЛЮ «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Тревожен, напряжен насторожен, подозрителен, дисфоричен, эмоционально лабилен. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Настроение снижено, вял пассивен. Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Идеаторно заторможен. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации, детализирует произошедшее, высказывает недовольство по отношению к руководству, политикам. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь 1–2 раза в неделю, в количестве до 600 гр. В состоянии алкогольного опьянения становится злым, агрессивным «тянет подрасться». В постаналкогольном состоянии возникает тошнота, головная боль, «чувство вины», ухудшается настроение. Рвотный рефлекс сохранен, абстинентный синдром не сформирован. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 76 в минуту. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный обеих сторон. Отеков нет. Неврологический статус: легкий тремор мышц лица и кистей рук при волнении, очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Диагноз: ПТСР, депрессивный тип. F – 43.1.

Проведенные реабилитационные мероприятия в стационарных условиях, в течение 23 дней. Медикаментозное лечение : амитриптилин до 75 мг/сут., седалит мг/сут., реланиум 2,0 мл на ночь; психотерапия: рациональная, семейная, арттерапия. При проведении арттерапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Н. (рис. 3а) сюжет – «балерина со

сломанной ногой» прослеживалась выраженная депрессивная настроенность, ранимость, тревога, нарушение межличностной коммуникабельности, социальная отгороженность, пессимистичность. После проведения медико-психологической реабилитации сюжет «журавли» (рис. 3б) отмечалась стабильность эмоционального фона, внутренняя уравновешенность, позитивная оценка происходящего.



Рис. 3а. Работа комбатанта Н.
после СКР, диагноз: ПТСР,
депрессивный тип



Рис. 3б. Работа комбатанта Н.
после проведения реабилитации,
диагноз: здоров

Проведенна реабилитационные мероприятия в стационарных условиях в течение 23 дней. Медикаментозное лечение : амитриптилин - 75 мг/сут., седалит - 300 мг/сут., реланиум - 2,0 мл на ночь; психотерапия: рациональная, семейная, арттерапия.

Остался служить в той же должности, на службе проблем не возникало, повторных обращений к психиатру не было. При психодиагностических обследованиях в ЦПД наличия признаков дезадаптации не выявлялось.

Клиническое наблюдение № 5

**Комбатант М. майор милиции МВД России
ветеран боевых действий, 1976 года рождения.**

Диагноз: Хроническое изменение личности после переживания катастрофы, F62.0

Анамнез жизни: родился в Мордовии в семье рабочих, младшим ребенком из двух. Воспитывался в полной семье. Бабушка со стороны мамы страдала психическим расстройством сосудистого генеза. Братья матери и отца злоупотребляли алкоголем, один умер от «запоя». В детстве рос и развивался соответственно возрасту, был активным, здоровым, общительным ребенком. В школу пошел с семи лет, учился хорошо, увлекался спортом (бокс, тяжелая атлетика, гребля на байдарках), посещал художественную школу. Переехал с родителями в г. Молдавию в 1991 г. в этом же году окончил 9 кл. общеобразовательной школы (без троек), поступил в художественное училище, на специальность «живопись», художником быть не хотел, стремился стать военным летчиком, «но родители хотели, чтоб рисовал». После окончания художественного училища в 1995г., проходил срочную службу в Российской армии в спецназе в Ростовской области до 1997 г., демобилизовался в звании сержанта. После демобилизации через 4 дня устроился на службу в спецназ МВД. За время службы командировался в Чеченскую республику 7 раз в период с 1999–2002 годы, с короткими интервалами между командировками от 3 недель до 1,5 месяцев и в 2006 г. в составе сводных отрядов милиции. Участвовал в боевых действиях во второй чеченской войне, где неоднократно возникали угрожающие жизни ситуации.

Первая командировка в СКР в октябре 1999 г., участвовал в активных боях в Урус-Мартановском районе Чечни, «трупы, убитые, раненные, хаос». После возвращения испытывал дискомфорт при громких звуках, (при хлопках петард падал на землю, чувствовал угрозу извне). Через 1,5 месяца поехал во вторую командировку, дислокация - г. Грозный, Ханкала.

Ситуация оставалась прежней, было много зачисток и подрывов на растяжках (возникла злость, агрессия, обида от бессилия, что «не могли их убивать, иначе подвергнут суду или расправятся на месте, а спишут на боевые потери»). После возвращения через 3 недели снова был направлен в ЧР, отдохнуть не успел, казалось, что здесь ни кому не нужен, не понимал, что происходит. В данной командировке принимал участие в зачистке г. Грозного, появилась навязчивая мысль привести трофей – «боевой чеченский пистолет», «это интересней и полезней чем отрезанное ухо или палец». При возвращении, в дороге был подрыв автомобиля: 2 раненых и 2 убитых сослуживцев. Эту ситуацию перенес тяжело, так как погибли близкие товарищи. Стал испытывать чувство вины, что «они погибли, а я жив». Изменился, появилось равнодушие к окружающему, конфликтность с родными и руководством отряда, стал «психованным». Вспоминалась Старопромысловская дорога – «дорога смерти», где за 1 день было по 14 подрывов, много погибших, появилась подозрительность (о планируемых выездах, операциях сослуживцам говорил только перед отправкой, держал в тайне маршрут следования итд.). Стал часто употреблять алкоголь – «от обиды – мы здесь никто и звать нас никак». В состоянии алкогольного опьянения практически всегда возникала агрессия, злость, «много побил народу», жалости к избитым не чувствовал: «содрали кожу с черепа, сам виноват, так и надо». Данное поведение объяснял как «битву за справедливость», «здесь мы никому не нужны», «показывают гибель Курска, скорбят, а про ЧР короткое сообщение, где говорится, что среди личного состава нет потерь, при этом наши трупы лежат штабелями». Снился один и тот же сон: «боролся в рукопашную, бил противника, а тот не падал, удар не достигал цели», просыпался с ощущением тревоги, беспокойства. Обратился на прием к неврологу в феврале 2001 диагноз: функциональное расстройство ЦНС, был направлен на лечение в загородный центр восстановительного лечения. В октябре 2002 г. обращался с жалобами невротического характера

к терапевту диагноз: функциональное расстройство ЦНС, лечение не проводилось.

Женился в первый раз в 2002 году, семейная жизнь не складывалась, были частые конфликты, ссоры (виновата жена), прожили вместе 3 мес. В состоянии алкогольного опьянения, после очередной ссоры с женой, угрожал оружием группе случайных людей (показалось, что те сказали что-то обидное).

В 2003 г. в связи с конфликтом с командиром отряда и нарушениями служебной дисциплины был переведен в другое подразделение МВД России. В 2003 г. после официального развода, настаивал на встречах с дочерью, но жена и теща «не давали видеться». Узнал, что у жены есть другой – «нормальный», дочь называет его «папой», сильно разозлился, пообещал убить жену и тещу, стал следить, за тем, кто находится с ребенком, приводит в детский сад, кто забирает, навел справки о новом поклоннике жены. В последующем отказался от дочери официально, обсуждения данной темы избегает. Стал злоупотреблять алкоголем и «пил каждый день», в состоянии алкогольного опьянения становился «неуправляемым, агрессивным».

В 2006 г. был направлен в очередную командировку в ЧР в составе сводного отряда милиции по личному желанию, ехать хотел, «тем более здесь ничто не держало»: с женой развелся, от дочери пришлось отказаться, с родителями практически не общался, из отряда пришлось уйти, друзей нет. Данная командировка прошла спокойно и неинтересно. Однако, после возвращения из очередной командировки состояние ухудшилось, были вспышки агрессии, вспыльчивость, которые снимал употреблением крепкого алкоголя в больших количествах (запой до 3 дней). Был задержан нарядом дорожно-патрульной службы за управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения. На службе был объявлен строгий выговор за нарушение служебной дисциплины.

Второй раз женился в 2008 году, от брака - сын. В семье отношения не складываются в связи с особенностями поведения дома («злой, конфликтный, прямолинейный, раздражается по мелочам, ревнует и т. д.»).

В связи с частыми служебными конфликтами с начальством из-за «неуживчивого характера» в 2008 г. было предложено уволиться по собственному желанию, но «нашел место» в другом подразделении МВД России. На данном месте отношения с сослуживцами и руководством не складывались, возникали конфликты, ссоры и непонимание со стороны руководства. В 2009 г. был направлен на плановое психодиагностическое исследование, в связи с тем, что «настояла жена и руководство». Идти не хотел, так как не чувствовал себя больным, «просто так сложилось».

Жалобы активно не предъявлял, при проведении скрининг-анкетирования и рационально-разъяснительного клинического интервью, удалось выяснить, что в течение месяца беспокоят нарушения сна со сновидениями негативного содержания про войну, снижение массы тела на 10 кг за 2 мес., злость, обида, ненависть к МВД и государству, отсутствие настроения, активности «могу полдня просмотреть в потолок», не хочет «видеть людей», появилось ощущение, что за ним следят, снижение памяти, рассеянность. Состояние ухудшилось в связи с проблемами на службе, в очередном отпуске в течение 2 недель жил в лесу, употреблял алкоголь, «чтобы успокоится». Данная мера облегчения состояния не принесла.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Дистанция формальна, в беседе употребляет нецензурные слова, злится. Крайне дисфоричен, категоричен. Сидит в напряженной позе, высказывает недовольство по отношению к руководству, политикам, МВД. Подозрителен, напряжен, испытывает страх перед нахождением в местах большого скопления людей, возникает ощущение опасности, тревога, безразличие, жестокость, отчужденность, периодически кажется, что за ним следят.

Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, полученному образованию. Память субъективно не нарушена. Рвотный рефлекс утрачен, абстинентный синдром сформирован. Критика к состоянию формальная.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Данные экспериментально - психологического обследования: СМИЛ – недостоверность результатов. МЛЮ «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень физической агрессии. КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечаются: вспыльчивость, «злость на всех», ненависть, физическая агрессивность, конфликтность в семейных отношениях.

Обследование: данные лабораторных исследований – без патологии.

Инструментальные обследования: ЭКГ, Эхо КС, ТКДС – без патологии, КТГМ – признаков объемного процесса головного мозга не выявлено.

Осмотр кардиолога: здоров

Осмотры окулиста, оториноларинголога – органической патологии не выявлено.

После добровольного согласия был направлен на стационарную экспертизу и лечение в отделение пограничных состояний психиатрической больницы с диагнозом: хроническое расстройство личности после переживания катастрофы (F-62.0), синдром зависимости от алкоголя (F-10.2).

В последующем уволен из МВД России в связи с наличием психического расстройства. Был признан инвалидом 3 группы по психическому заболеванию.

Клиническое наблюдение № 6

Комбатант Н. лейтенант милиции МВД России

ветеран боевых действий, 1972 года рождения.

Диагноз: Хроническое изменение личности после переживания катастрофы, F62.0

Анамнез жизни: родился в О. области, в семье рабочих, старшим ребенком из двоих детей. Наследственность: мать проходила лечение по поводу психического расстройства сосудистой этиологии в психиатрической больнице, тетя со стороны матери совершила суицид. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, был активным, здоровым, общительным ребенком. В школу пошел с семи лет, учился хорошо, окончил 10 классов общеобразовательной школы и ПУ № 6, по специальности монтажник радиоаппаратуры. Работал на Приборостроительном заводе в 1985–1986 гг. Срочная служба – 1986–1988 гг. – воздушно-десантные войска, демобилизовался в звании старшины. С 1994 года служил в МВД России, 1994–2000 гг. – государственная инспекция безопасности дорожного движения, с 2000 г. являлся сотрудником спецназа МВД России, служба в данном подразделении связана с регулярным исполнением служебно-боевых задач в зонах локальных вооруженных конфликтов. За время службы командировался в Чеченскую республику в 2001, 2002, 2005, 2007, 2008 гг., участвовал в боевых действиях во второй чеченской войне, где неоднократно возникали угрожающие жизни ситуации. Был женат с 1988 по 2009 год – имеет двух сыновей 1989 и 1992 г. р. В семье возникали частые конфликты и

ссоры, супруга неоднократно лечилась у психиатра по причине реактивных состояний. Развод по причине очередного конфликта в 2009 г., когда в агрессивном состоянии избил супругу, после чего она находилась на лечении у хирурга и психотерапевта.

Характеристика, предоставленная кадровым аппаратом содержала негативные моменты, отражающие особенности поведения на службе, такие как: выходы на службу в посталкогольном состоянии, приступы паники во время служебных командировок в СКР, конфликтность в семье и на службе.

Перенесенные заболевания: гипертоническая болезнь 1 стадии риск 1.

Анамнез заболевания: ухудшение состояния с декабря 2001 года, после исполнения служебно-боевых задач в Чеченской республике. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, где был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал «каким-то замкнутым», изменился, появилась злость, обида, ощущение непонимания со стороны окружающих, вспыльчивость, нарушился сон, появились сновидения о боевых действиях негативного содержания, сложности в контроле поведения, напряжение, не мог расслабиться. Напряжение снимал алкоголем, «чтоб хоть как-то уснуть». За помощью не обращался, так как боялся, что уволят. Искал помощи у сослуживцев, так как «только они могли понять, что происходит, они там были и все видели». Стал чаще употреблять крепкий алкоголь, но в состоянии опьянения стал неуправляем, агрессивен, груб, появлялась обида, старался уйти из дома, чтобы не навредить семье, пропало ощущение радости, настроение стало «пессимистичным». Стал изменять жене - для «остроты ощущений». В 2002 г. направлен в очередную командировку, поехал с желанием, «со своими ребятами». По возвращению состояние осталось прежним: стойкие нарушения сна, обида, злость, частое употребление алкоголя, чувствовал себя комфортно только в коллективе сослуживцев. Стал недоверчивым, подозрительным, замкнутым, бесчувственным. К врачу не обращался, жалоб не предъявлял, так как «главным в жизни стала служба», боялся ее потерять.

В 2006 г. анонимно обратился к наркологу по настоянию супруги, что в состоянии алкогольного опьянения стал неуправляем, приходил домой в крови, сообщая, что «кого-то убил», наутро произошедшее не помнил. Анонимно получил курс противоалкогольного лечения, не употреблял алкоголь в течение года (данный факт выяснился при клиническом обследовании после командировки в СКР в 2008 году).

При целевом психодиагностическом обследовании после командировки в СКР в декабре 2008 года были получены следующие результаты: СМИЛ – пики профиля по шкалам «социальная интроверсия» 98,1 бал., «импульсивность» 79,2 бал. МЛЮ «Адаптивность» – показатели всех базовых шкал на низком уровне; тест Басса-Дарки – наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что раздражителен, имеются перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных отношениях, внутреннее напряжение, подозрительность, агрессивность, ощущение несправедливости жизни, ощущение «непонимания со стороны окружающих», неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя в больших дозах чаще одного раза в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами. Отметил, что за время службы изменился, стал жестким, требовательным, «перестал доверять людям». В течение последнего года отмечает усиление сексуальной активности, что «мешает быть верным жене».

Осмотр психиатра: на приеме отмечались признаки посталкогольного вегетативного синдрома. Жаловался на вспыльчивость, тревожность, беспокойство, внутреннее напряжение, ощущение «непонимания со стороны окружающих», появились конфликты в семье «из-за несдержанности»,

нарушения сна, агрессивность, бесчувственность, снились сны про Чечню, появилась «апатия».

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Внешне небрежен, движения угловаты. Моторно заторможен. Лицо гиперемировано, инъецированы сосуды склер, тремор рук. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Насторожен, подозрителен. Дисфоричен. Эмоционально лабилен. Аффективно неустойчив, насторожен, подозрителен. Настроение с выраженными колебаниями, крайне раздражителен. Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе на глазах – слезы. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь чаще 1 раза в неделю, в количестве до 1 литра. Предпочитает употреблять алкоголь в одиночестве или с сослуживцами, часто период алкоголизации амнезирует. В состоянии алкогольного опьянения возникает агрессия (убегает из дома, душит куриц, бьет собак и т. д.).

Соматический статус: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких – везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД 150/100 мм. рт. ст. Пульс 76 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Неврологический статус: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Диагноз: хроническое расстройство личности после переживания катастрофы F-62.0. Синдром зависимости от алкоголя F-10.25

Учитывая данные анамнеза, клинического обследования, комбатант МН. был направлен на ВВК согласно положению «О военно-врачебной экспертизе», от 25.02.03 г. № 123, для определения годности к дальнейшей службе в занимаемой должности. Направлен на психиатрическую экспертизу в профильное ЛПУ, где подтвержден диагноз: Хроническое расстройство личности после переживания катастрофы F- 62.0. Синдром зависимости от алкоголя F-10.25.

Уволен из МВД России в связи с наличием психического расстройства, категория «В» – «военная травма». В последующем был направлен на МСЭ, признан инвалидом 3 группы.