

## СИСТЕМО-ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОГО СТРЕССА

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 149)

Представлены результаты исследований психологических последствий боевого стресса у 108 бойцов мобильного отряда особого назначения в раннем и отдаленном периоде возвращения к мирной жизни. Через 1 год после участия в боевых действиях у 62 % обследованных выявлено конструктивное эмоционально-поведенческое реагирование, отсутствие посттравматических нарушений. Они активны, оптимистичны, решительны, мужественны, проявляют рациональное и конструктивное поведение, способность успешно выполнять боевые задачи. Через 2 года у 21,3 % комбатантов установлены защитно-адаптивный тип личностных изменений, активное эмоционально-поведенческое реагирование, отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства донозологического уровня. Для них характерны импульсивность, индивидуалистичность, расчётливость, независимость, эмоциональная холодность, низкий волевой контроль эмоций и поведения. Адаптация достигается мобилизацией ресурсов организма, актуализацией психологических защитных механизмов. Через 3 года после воздействия боевых стресс-факторов 16,7 % сотрудников демонстрируют пассивное стрессовое реагирование, негативные непатологические изменения личности, повышенный уровень симптомов посттравматического стрессового расстройства. Им свойственны пессимизм, экспансивность, замкнутость, недоверчивость к людям, ригидность, низкая стрессоустойчивость, социальная пассивность и зависимость от окружения.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, экстремальная психология, комбатант, стресс, личность, адаптация, импульсивность, пессимизм, посттравматическое стрессовое расстройство.

### Введение

С позиции системно-динамического подхода весь спектр психологических последствий участия в вооруженных конфликтах рассматривается в виде этапов адаптационной стратегии организма, в контексте целостного понимания изменений личности в условиях боевых действий и повторной ее реадaptации к мирным условиям существования. В современной науке для разграничения эмпирически определенных последствий воздействия на человека экстремальных факторов используют понятия «стресс» и «посттравматический стресс», которые включают в себя, с одной стороны, понятия гомеостаза и адаптации, с другой – дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии [19].

Стресс – многозначное понятие: в широком смысле – это неспецифическая адаптивная активность организма при действии любых значимых факторов; в узком смысле – комплекс неспецифических психофизиологических проявлений, возникающих в ответ на экстремальные воздействия и вызывающих интенсивную адаптационную активность организма [6]. Стресс-факторы запускают механизм психической адаптации, представляющий собой деятельность целостной самоуправляемой

системы, активность которой обеспечивается взаимодействием биологического, психологического и социального уровней организма, направленных на поддержание гомеостаза и равновесия в системе «человек–среда». Система психической адаптации характеризуется разносторонним и многоплановым взаимодействием самоорганизующихся подсистем (поиска, восприятия и переработки информации, эмоционального реагирования, социально-психологических контактов, эндокринно-гуморальной регуляции и др.), порождающих новые интегративные качества, призванных обеспечить оптимальный уровень жизнедеятельности [1]. Если стрессовое воздействие динамично нарастает, то прогрессирует и объем защитно-компенсаторных гомеостатических реакций в рамках общего адаптационного синдрома (Н. Selye). Однако, достигнув индивидуального адаптационного барьера и исчерпав резервные возможности, психофизиологические и социально-психологические механизмы более не могут обеспечить адекватную деятельность человека, что приводит к появлению психонейроэндокринных синдромов, развитию нервно-психических расстройств (непсихотического и психотического типов) и психосоматических заболеваний.

Стрельникова Юлия Юрьевна – канд. психол. наук доц., докторант Санкт-Петерб. ун-та Гос. противопожар. службы МЧС России (Россия, 196105, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 149); e-mail: vovich3@yandex.ru.

По мнению Н.В. Тарабриной, «посттравматический стресс» – это симптомокомплекс, характеристики которого отражают нарушение целостности личности в результате психотравмирующего воздействия стрессоров высокой интенсивности. Эмоционально-когнитивные личностные изменения при этом могут достигать такого уровня, при котором человек, как субъект, не может больше выполнять свою интегрирующую функцию [20]. Таким образом, различие между понятиями «стресс-факторы» и «психогенные факторы» состоит в том, что первые являются пусковым условием процесса адаптации, а вторые – условием психической травмы и развития состояний дезадаптации [1].

Психическая травма – это событие, связанное с любым видом насилия над личностью, угрозой физической целостности, смерти (своей, близких или окружающих), с опасностью утраты здоровья, личного статуса, привычной картины мира, сопровождаемое интенсивными негативными переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.). Психогенное воздействие превышает приспособительный потенциал индивида вследствие недостаточности защитных механизмов, отсутствия адекватных совладающих когнитивных и поведенческих программ.

Концепция «боевой психической травмы» разработана в отечественной военной психиатрии С.В. Литвинцевым (1994), Е.В. Снедковым (1997) и другими авторами на основе анализа психолого-психиатрических последствий современных локальных войн и вооруженных конфликтов. Е.В. Снедков (1997) указывает, что боевая психическая травма – это многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм на фоне мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений. Сущность боевой психотравмы состоит во включении патофизиологических механизмов регуляции гомеостаза, накоплении и закреплении морфологических изменений в структурах ЦНС, нарастании специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию [16].

Таким образом, психические изменения после воздействия боевых стресс-факторов могут протекать по прогрессивному (физиологиче-

скому) и регрессивному (патологическому) направлениям, анализироваться с позиций психической нормы, пограничных или клинически выраженных расстройств. Направленность и структура психологических последствий обуславливается интенсивностью, длительностью воздействия боевых стресс-факторов, уровнем физической и психологической подготовленности профессионального контингента, мотивационно-нравственными установками, наличием преморбидной дисгармонии, индивидуально-личностными особенностями комбатантов (психофизиологическими, конституциональными, адаптационными и др.). В исследовании Е.Г. Ичитовкиной (2011) выявлено, что преморбидная невротизированность (27,9 %;  $r = 2,8$ ), высокая личностная тревожность и интравертированность (13,4 %;  $r = 1,3$ ), склонность к глубокому анализу травматических событий и «дискоммуникативность» (11,1 %;  $r = 11,0$ ) являются факторами, способствующими формированию дезадаптации и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у комбатантов Министерства внутренних дел (МВД) [4].

Личностные характеристики детерминируют когнитивную оценку ситуации (ее смысловое восприятие как привычно-профессиональной, стрессовой или психотравмирующей), тип эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и результативность адаптационных процессов в период боевых действий и различные сроки реадaptации к мирной жизни. По мнению Л.А. Китаева-Смыка (2012), в раннем периоде стрессовой адаптации возможны четыре формы первичных эмоционально-поведенческих реакций (кризис 1-го ранга): 1) активная (рациональная или нерациональная); 2) пассивная («пассивный испуг», шок или «смущенная пассивность»); 3) конструктивная (адекватная, успешно преодолевающая); 4) стрессово-нейтральная (в случае неосознания надвигающейся опасности). При длительном действии стрессора все типы сменяются вторичной стрессовой пассивностью (кризис 2-го ранга) [7]. Во время активных боевых действий «...возможен быстрый переход стрессового кризиса 2-го ранга в стрессовый кризис 3-го ранга с активизацией „болезневидных“ вегетативных стрессовых реакций» [7, с. 93], которые впоследствии приводят к соматической патологии. Е.В. Снедков (1997) установил, что «...ближайшие исходы состояний, возникших вслед за воздействием экстремальных стрессоров, довольно благоприятны – практическое выздоровление насту-

пало в 67% случаев. Однако вероятность развития хронических последствий боевой психотравмы в отдаленном периоде оказывалась при этом выше ( $p < 0,05$ ). Среди непосредственно участвовавших в боях ветеранов они прослеживаются в 48,7 % случаев; среди остальных военнослужащих – в 20 %» [16, с. 45]. Р.Ю. Кореняк (2003) указывает, что «импульсное» и перманентное воздействие боевых стрессоров формирует неадекватные типы реагирования и нарушает адаптацию военнослужащих, командировавшихся несколько раз в течение 1 года в большей мере, чем личного состава, психологически настроенного на длительное пребывание в боевых условиях [8]. С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник (2005) считают, что для начального периода боевых действий характерны вегетативно-сосудистые симптомы, эмоциональная лабильность, гиперестезия, тревожная настороженность, депрессивно-апатичное настроение и отдельные симптомы острого стрессового расстройства (ОСР) [10]. Однако длительное нахождение в смертельно опасных условиях формирует стойкое восприятие обстановки как потенциально враждебной, повышая готовность к импульсивному и агрессивному реагированию. И.В. Соловьев (2000) подчеркивает, что выполнение служебно-боевых задач в экстремальных условиях более 60 сут обуславливает развитие негативных психических состояний (нервно-психической неустойчивости, апатии, депрессии, снижение внимания, осторожности, скорости моторных реакций и др.) даже без участия сотрудников МВД в активных боевых действиях [18]. Е.В. Снедков обнаружил, что на протяжении первых 6 мес (180 сут) пребывания в боевой обстановке у 20,3 % профессионального контингента повышаются адаптивные способности (укрепляются волевые качества, улучшается способность успешно противостоять противнику); при этом у 42,6 % – не наблюдаются эмоционально-поведенческие изменения, а у 36,1 % бойцов возникает «стойкая социально-психологическая дезадаптация». Если подразделения участвуют в боевых действиях от 7 мес до 1 года (210–365 сут), то адаптивность к экстремальным воздействиям уменьшается в 4 раза (до 5,8 %), а «стойкая дезадаптация» наблюдается у 61,1 % личного состава. Пребывание более 1 года в боевой обстановке создает «личностную дезадаптацию» у 83,3 %; спустя 1 год ни у кого уже не сохраняется повышенной адаптированности к боевому стрессу [16, с. 31].

В своей концепции психического здоровья В.Я. Семке (1999) выделяет 5 градаций состояний: 1) психическое здоровье; 2) психоадаптационные состояния (в виде астенического, дистимического и психовегетативного вариантов, микросимптомы которых неустойчивы); 3) психодизадаптационные состояния (проявляются в тех же вариантах, но более глубоких и устойчивых); 4) развернутые клинические формы; 5) хронические формы патологии [15]. Б.С. Фролов (1982) также разграничивает пять групп психического здоровья в интересах массовых психопрофилактических обследований: 1) здоров (нет никаких признаков расстройств функций, личность гармонична); 2) практически здоров (имеются отдельные легкие симптомы или слабости функций, а также личностные дисгармонии, однако они не представляют угрозы для психического здоровья); 3) неблагоприятные прогностические признаки (отчетливые предпосылки к патологии, внутренние факторы риска, социальное функционирование сохранено; состояние описывается как нервно-психическая неустойчивость); 4) болен (в экстренной госпитализации не нуждается, так как может полностью руководить своими поступками); 5) болен (нуждается в экстренной госпитализации в связи с опасностью для себя и окружающих) [22].

По мнению Б.В. Овчинникова, Г.П. Костюка, И.Ф. Дьяконова (2010) промежуточные формы психического здоровья можно рассматривать с двух точек зрения: 1) валеопсихологической – отталкиваясь от идеальной нормы в сторону ее ухудшения; 2) превентивно-психиатрической (погранично-психиатрической) – отталкиваясь от наиболее легких форм патологии (зона пограничной психиатрии) в направлении их минимизации и перехода в латентное, малозаметное состояние [13]. «Накопление невротизирующих механизмов» и их отдаленная активация являются отражением закономерностей формирования функциональных возможностей индивидуального барьера психической адаптации и их нарушений под влиянием факторов, которые служат пусковым механизмом различных вариантов психической дезадаптации, сопровождаются пограничными состояниями и сохраняются в течение длительного времени в качестве индивидуально значимой психогении [1]. Психические нарушения, формирующиеся в рамках реакций, состояний и развитий, являются дезадаптационными образованиями донологического уровня, которые имеют многофакторную природу и носят неспецифический, полиморфный характер, свидетель-

ствую о действии защитно-приспособительных механизмов [11]. Ю.А. Александровский (2000) приводит следующие дифференциальные признаками пограничных форм психических расстройств: 1) психогенные факторы играют основополагающую роль в их возникновении и декомпенсации; 2) преобладает невротический уровень психопатологических проявлений; 3) взаимосвязь с личностно-типологическими особенностями, вегетативными дисфункциями, нарушениями ночного сна, «органической predisпозицией» мозговых систем и соматическими проявлениями; 4) личность сохраняет критическое отношение к своему состоянию [1]. По данным Е.Г. Ичитовкиной (2011), после участия в боевых действиях у 57,5 % комбатантов МВД нозологическая структура пограничных психических расстройств была представлена нарушением адаптации (38,1 %), ПТСР (28,2 %), неврастением (20,3 %) и расстройствами личности (13,4 %), развитию которых способствовали ригидность, пессимистичность (25,7 %;  $r = 2,6$ ), аффективная неустойчивость, враждебность (18,1 %;  $r = 1,8$ ) и «дискоммуникативность» (15,7 %;  $r = 1,6$ ) Социально-психологическая дезадаптация проявлялась в виде злоупотребления алкоголем (54,7 %), конфликтного и агрессивного поведения (50,2 %), промискуитета (50,1 %) и разводов (45,7 %) [4].

Пограничные психические расстройства имеют в своей основе адаптивный характер, направленный на «выравнивание» патологических проявлений. Однако длительное воздействие факторов боевого стресса на фоне истощения индивидуального адаптационного потенциала и преморбидной дисгармонии личности приводит к закреплению дезадаптивных поведенческих паттернов. Многие исследователи [1, 2, 16, 19, 20 и др.] считают, что посттравматические личностные изменения полностью не описываются диагностическими критериями МКБ-10 под рубрикой F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», а также не сводятся к акцентуациям и психопатиям. В зарубежной терминологии произошедшие изменения называют посттравматическими личностными расстройствами (posttraumatic personality disorder – PTPD), так как хронические симптомы ПТСР часто отмечаются на протяжении всей последующей жизни индивида. Е.В. Снедков (1997) предлагает термин «дефензивно-эпилептоидное изменение личности» и рассматривает его в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Составляющими компо-

нентами характерологических деформаций являются настороженно-враждебное восприятие действительности, изменения аффективности с постоянной тревогой и импульсивностью, подозрительность, ранимость, нарушение социальной коммуникации вследствие возникновения агрессивных вспышек, категоричности и полярности суждений [16].

Д.В. Ольшанский отмечает, что демонстративность поведения встречается у комбатантов в 50 % случаев, агрессивность – в 58,5 %, подозрительность – в 75,5 %, типичны сочетания гиперчувствительности и беспомощности, тревожности и ригидности [14]. В исследовании Н.Г. Ещенко (1997) установлено, что у 14 % сотрудников специального отряда быстрого реагирования (СОБР), участвовавших в контртеррористических операциях (КТО) на территории Чеченской Республики, наблюдались выраженные симптомы ПТСР, у 80 % – выраженная физическая и вербальная агрессия [3]. По мнению Е.О. Александрова (2001), агрессия у комбатантов – это один из способов восстановления контроля над окружающим миром в виде гетероагрессии (в том числе симптомов гипервозбудимости ПТСР) и аутоагрессии («вины выжившего», усвоенной беспомощности, злоупотребления психоактивными веществами, суицида) [2]. Видимо, пролонгированное реактивное состояние, возникающее в ранние сроки комплексной боевой психотравматизации, поддерживается перманентными стрессорами повседневной жизни по возвращении из зоны вооруженного конфликта, а новые модели поведения, сформированные в экстремальных условиях, становятся факторами социальной дезадаптации на протяжении многих лет после возвращения из «горячих точек».

В настоящее время остается дискуссионным вопрос длительности и устойчивости конструктивных, защитно-компенсаторных, пограничных типов реакций, состояний и развитий, а также сроков формирования посттравматических личностных изменений (хронизации психопатологической симптоматики) с целью прогнозирования объема медико-психологических реабилитационных мероприятий в различные периоды реадaptации комбатантов к мирной жизни.

### Материалы и методы

На первом этапе исследования были проанализированы изменения личности и выраженность посттравматических симптомов у бойцов ОМОН в зависимости от частоты

(1–2, 3–4 и 5–8 командировок) и длительности пребывания (90–200, 201–350 и 351–700 сут) в зоне проведения КТО. На втором этапе были исследованы психологические последствия боевого стресса в зависимости от длительности «периода последствий» (до 1 года; 1,5–3,0 года; от 4 лет и более). Группы сравнивались между собой попарно, оценка достоверности различий независимых выборок осуществлялась с помощью критерия Манна–Уитни (U).

На третьем этапе исследования была выдвинута гипотеза: в ранние и отдаленные периоды возвращения комбатантов к мирной жизни преобладают различные типы психологических последствий (адаптационного и дизадаптационного уровней), которые могут отражать различные этапы в континууме «психическое здоровье – промежуточные формы психического здоровья – психопатология».

Цель исследования – выделить и описать типы психологических последствий в зависимости от длительности «периода последствий» (времени, прошедшего с момента первого участия в КТО) и периода реадaptации к мирной жизни (с момента возвращения из последней командировки) для прогнозирования объема реабилитационных мероприятий.

Точкой отчета «периода последствий» явилась 1-я командировка в район вооруженного конфликта, так как факт угрозы жизни, первого потрясения от противостояния с противником, смены мирных условий службы на боевые действия является наиболее стрессовым. Данная гипотеза подтверждается исследованиями Е.О. Александрова, который указывает, что ветераны войн, не бывшие в плену, считают наиболее психотравматичной ситуацию первого боя, на втором месте отмечают ситуацию обстрела из тяжелого оружия, а на третьем – гибель товарища [2]. Не менее важным временным критерием является и период восстановления – возвращения комбатанта к привычной жизни.

Объект исследования составили 108 бойцов мобильного отряда особого назначения (ОМОН) – участники контртеррористической операции на территории Чеченской Республики в возрасте ( $28,2 \pm 4,3$ ) года, среднее время командировок в зону вооруженного конфликта – ( $4,3 \pm 2,5$ ) лет; средняя длительность пребывания в зоне боевых действий – ( $303 \pm 153$ ) сут.

Для изучения типов адаптационного стрессового реагирования, уровня симптомов посттравматических стрессовых расстройств, осо-

бенностей личности (конструктивно-адаптивных, защитно-адаптивных и пограничных, донозологических) в раннем и отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни использовали:

- стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) [17]. Результаты интерпретировали по трем оценочным (L – ложь, F – достоверность, К – коррекция) и 10 характерологическим шкалам (1-я – невротический сверхконтроль; 2-я – пессимистичность; 3-я – эмоциональная лабильность; 4-я – импульсивность; 5-я – мужественность–женственность; 6-я – ригидность; 7-я – тревожность; 8-я – индивидуалистичность; 9-я – оптимистичность; 0-я – социальная интроверсия);

- 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16-ФЛО, форма С) [5]. Интерпретация основывалась на количественном и качественном анализе психологического содержания факторов: А (замкнутость – общительность), В (низкий – высокий интеллект), С (эмоциональная нестабильность – стабильность), Е (подчиненность – доминантность), F (сдержанность – экспрессивность), G (низкая – высокая нормативность), Н (робость – смелость), I (жесткость – чувствительность), L (доверчивость – подозрительность), М (практичность – мечтательность), N (наивность – проницательность), О (спокойствие – тревожность), Q<sub>1</sub> (консерватизм – радикализм), Q<sub>2</sub> (конформизм – нонконформизм), Q<sub>3</sub> (низкий – высокий самоконтроль), Q<sub>4</sub> (расслабленность – напряженность);

- проективную методику М. Люшера в модификации «попарные сравнения» [21]. Учитывались показатели суммарного отклонения (СО) цветового ряда от «аутогенной нормы» (уровень нервно-психической напряженности) и вегетативного коэффициента (ВК), соответствующего степени доминирования симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы;

- опросник травматического стресса (ОТС) И.О. Котенева, созданный на основе критериев, содержащихся в DSM-IV [9]. Поскольку с момента первой командировки прошло более 3 мес, ограничились анализом только итоговых показателей ПТСР и субшкал ОТС: при значениях менее 50 Т-баллов симптоматика отсутствует; от 50 до 65 Т-баллов – незначительно выраженные симптомы ПТСР; при 65–70 Т-баллов – диагноз «частичного» ПТСР; более 70 Т-баллов – вероятность клинически выраженного ПТСР.

Математический анализ проводили с использованием иерархического кластерного

анализа в программе SPSS Statistics 17.0 путем применения различных методов определения связи (Варда, «дальнего соседа», средней и межгрупповой связи) и подсчета квадратов евклидовых расстояний. Количество выделенных кластеров определяли по критерию «значимого скачка коэффициента слияния». Набор переменных, включенных в один и тот же кластер при разных способах установления связи, рассматривали как устойчивое «ядро» групповой структуры. Стабильность групп проверяли монотонными преобразованиями [12]. В корреляционном анализе учитывали коэффициенты линейной корреляции по Пирсону только на уровне  $\alpha = 0,01$ .

### Результаты и их анализ

Кластерный анализ позволил выделить три группы бойцов ОМОН, различающихся по психологическим последствиям участия в контртеррористических операциях в раннем и отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни (таблица). На рис. 1 представлены три кластера профилей личности по СМЛ у бойцов ОМОН, участвовавших в боевых действиях. На рис. 2 изображены три группы профилей по методике ОТС.

1-ю группу (конструктивно-адаптивный тип последствий) составили 67 бойцов ОМОН (62%) в возрасте ( $25,5 \pm 3,6$ ) года; длительность нахождения в зоне вооруженного конфликта – ( $173 \pm 79$ ) сут; период реадaptации к мирной жизни – ( $225 \pm 153$ ) сут, или 0,6 года. Их отличает стенический тип реагирования, активный, типично мужской стиль поведения с чертами индивидуалистичности и стремлением к независимости (код по Уэлшу профиля по СМЛ: 948/7213560:KFL/). Для них характерна оптимальная мобилизованность физических и психических сил, умеренное деятельное возбуждение –  $BK = (1,2 \pm 0,9)$  ед. на фоне незначительной нервно-психической напряженности –  $CO = (7,8 \pm 3,3)$  ед.

При наличии боевого опыта и хорошей подготовки у данных лиц, вероятно, конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: способность быстро анализировать ситуацию, мужественно и решительно действовать, сообразно меняющейся обстановке, смело идти на риск. Гипертимные черты, оптимизм, защитные психологические механизмы отрицания и вытеснения из сознания негативных переживаний позволяют им справляться с психотравмирующей обстановкой и обуславливают отсутствие симптомов ПТСР (см. таблицу). Однако в случае выпол-

нения сложных боевых задач неопытными или недостаточно подготовленными молодыми бойцами возможны недооценка серьезности ситуации, пренебрежение опасностью, самонадеянность, избыточная и нецеленаправленная активность. Взять под контроль дезорганизованное поведение способен лишь авторитетный лидер, которому молодежь стремится подражать.

Лица данной группы характеризуются экстравертированностью, экспрессивностью, предприимчивостью, самостоятельностью, самоуверенностью, отвагой, склонностью к риску, работоспособностью, но нетерпимостью к монотонной деятельности, способностью выдерживать эмоциональные нагрузки и проявлять лидерские качества в экстремальной обстановке (факторы  $A^+$ ,  $C^+$ ,  $F^+$ ,  $H^+$  16-ФЛО). Бойцы ОМОН рациональны, реалистичны, практичны, спокойно и адекватно воспринимают действительность, обладают сильной волей, умеют контролировать свое поведение и справляться с трудностями (факторы  $I^-$ ,  $M^-$ ,  $O^-$ ,  $Q_3^+$ ,  $Q_4^-$  16-ФЛО). Они проникательны, сообразительны, способны находить выход из сложных ситуаций, при этом консервативны и обладают конкретным воображением (факторы  $B^+$ ,  $Q_1^-$ ,  $N^+$  16-ФЛО). Социальное поведение характеризуется бдительностью, осторожностью, организованностью, ответственностью, приверженностью моральным нормам, конформизмом по отношению к референтной группе – умением работать в команде, проявлять взаимовыручку, подчиняться приказам и установленному порядку (факторы  $E^-$ ,  $L^+$ ,  $G^+$ ,  $Q_2^-$  16-ФЛО).

В целом, данные лица относятся к активно-конструктивному типу стрессового реагирования (по Китаеву-Смыку Л.А., 2012), не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют 1-й группе психического здоровья (по Фролову Б.С., 1982; Семке В.Я., 1999).

2-я группа (неустойчиво-адаптивный тип последствий) включает 23 комбатанта (21,3%), средний возраст которых составляет ( $28,3 \pm 3,4$ ) года; длительность спецкомандировки – ( $303 \pm 78$ ) сут; период реадaptации к мирной жизни – около 2,5 лет – ( $902 \pm 135$ ) сут, «период последствий» – более 3 лет – ( $1205 \pm 184$ ) сут. Групповой профиль по СМЛ (код по Уэлшу): 482-137695/0:K-FL (см. рис. 1) свидетельствует о наличии у данных лиц импульсивности, склонности к риску, доминантности, жесткости, эгоцентризма, индивидуалистичности, приверженности мужским стереотипам поведения с опорой на личный опыт и интуицию.

Тип ранних и отдаленных психологических последствий участия в боевых действиях у бойцов ОМОН ( $M \pm \sigma$ )

Признак	Тип психологических последствий		
	конструктивно-адаптивные	неустойчиво-адаптивные	пограничные, (предпатологические)
Возраст, лет	25,5 ± 3,6	28,3 ± 3,4	31,4 ± 2,6
Длительность командировок, сут	173 ± 79	303 ± 78	431 ± 113
Период реадаптации к мирной жизни, сут	225 ± 153	902 ± 135	1285 ± 178
«Период последствий», сут	398 ± 218	1205 ± 184	1716 ± 169
Тест М. Люшера, цвет, балл			
СО (суммарное отклонение)	7,8 ± 3,3	9,3 ± 3,6	14,1 ± 5,2
ВК (вегетативный коэффициент)	1,2 ± 0,9	1,6 ± 0,8	1,6 ± 0,7
СМИЛ, шкала, Т-балл			
L (ложь)	51,9 ± 10,2	57,0 ± 10,1	53,4 ± 8,6
F (достоверность)	54,2 ± 5,6	53,5 ± 5,3	56,2 ± 7,5
K (коррекция)	59,8 ± 8,5	61,7 ± 6,9	58,2 ± 7,8
1-я (сверхконтроль)	49,3 ± 4,5	59,0 ± 4,9	61,3 ± 7,2
2-я (пессимистичность)	49,8 ± 6,2	60,3 ± 8,2	63,6 ± 11,5
3-я (эмоциональная лабильность)	49,1 ± 4,5	56,7 ± 7,1	58,7 ± 7,7
4-я (импульсивность)	56,0 ± 7,4	63,4 ± 5,3	63,4 ± 3,0
5-я (мужественность – женственность)	48,8 ± 5,1	53,8 ± 4,7	56,5 ± 5,0
6-я (ригидность)	47,6 ± 5,1	55,7 ± 7,5	59,7 ± 8,9
7-я (тревожность)	49,9 ± 7,4	56,3 ± 5,9	52,2 ± 8,1
8-я (индивидуалистичность)	54,4 ± 8,5	62,1 ± 5,3	62,3 ± 6,2
9-я (оптимистичность)	59,8 ± 7,4	54,9 ± 9,1	48,3 ± 6,8
0-я (интроверсия)	45,8 ± 6,6	48,8 ± 5,4	52,0 ± 8,0
16-ФЛО, фактор, Т-балл			
A (замкнутость – общительность)	7,6 ± 1,4	7,3 ± 1,7	6,0 ± 1,6
B (низкий – высокий интеллект)	6,3 ± 1,9	6,2 ± 1,9	6,8 ± 1,8
C (эмоциональная нестабильность – стабильность)	8,5 ± 1,5	7,5 ± 1,6	6,2 ± 1,7
E (подчиненность – доминантность)	4,8 ± 1,9	5,2 ± 1,4	4,9 ± 1,7
F (сдержанность – экспрессивность)	6,8 ± 1,2	6,4 ± 1,7	5,1 ± 1,6
G (низкая – высокая нормативность)	7,2 ± 1,7	7,2 ± 1,2	6,3 ± 1,4
H (робость – смелость)	7,9 ± 1,5	7,3 ± 1,6	6,5 ± 1,8
I (жесткость – чувствительность)	4,7 ± 1,9	4,9 ± 1,7	5,7 ± 1,2
L (доверчивость – подозрительность)	5,8 ± 2,1	5,2 ± 2,1	6,1 ± 1,7
M (практичность – мечтательность)	3,9 ± 1,5	4,7 ± 1,8	4,7 ± 1,7
N (наивность – пронциательность)	7,3 ± 1,9	6,4 ± 1,9	6,5 ± 1,8
O (спокойствие – тревожность)	3,4 ± 1,7	4,0 ± 1,7	5,0 ± 1,5
Q1 (консерватизм – радикализм)	4,7 ± 1,9	4,9 ± 1,7	4,4 ± 1,8
Q2 (конформизм – неконформизм)	3,4 ± 1,8	4,2 ± 1,4	4,8 ± 1,9
Q3 (низкий – высокий самоконтроль)	8,9 ± 1,5	8,6 ± 1,3	8,3 ± 1,4
Q4 (расслабленность – напряженность)	2,9 ± 1,6	4,0 ± 1,4	4,5 ± 1,5
ОТС, шкала, Т-балл			
L (ложь)	53,4 ± 10,2	53,5 ± 11,4	54,5 ± 10,3
Ag (агрессия)	44,3 ± 6,7	46,4 ± 8,6	48,8 ± 12,0
Di (диссимуляция)	52,6 ± 7,9	53,5 ± 7,4	49,9 ± 10,1
A (психотравма)	47,9 ± 7,5	52,8 ± 7,2	55,5 ± 9,8
B («вторжения»)	40,2 ± 6,8	58,1 ± 6,3	63,5 ± 7,7
C («избегания»)	40,5 ± 8,0	52,9 ± 6,2	62,0 ± 11,3
D («гиперактивации»)	39,2 ± 7,8	55,7 ± 5,3	62,5 ± 4,9
F (дистресс)	39,8 ± 6,6	52,7 ± 5,9	61,5 ± 6,4
ПТСР	38,8 ± 6,9	55,8 ± 4,3	64,0 ± 4,2
Depress (депрессия)	37,0 ± 5,3	50,9 ± 6,6	62,4 ± 4,2

Они самостоятельны, независимы, уверены в себе, обладают сильной волей, свободно общаются на формально-деловом уровне, способны проявлять лидерские качества, однако легко возбудимы, экспрессивны, склонны к авантюризму (4-, 8-я шкалы СМИЛ, факторы A<sup>+</sup>, C<sup>+</sup>, E<sup>+</sup>, F<sup>+</sup>, H<sup>+</sup>, O<sup>-</sup>, Q<sub>3</sub><sup>+</sup>, Q<sub>4</sub><sup>-</sup> 16-ФЛО). Бойцам ОМОН 2-й группы свойственны логичность и оперативность мышления, практичность, рас-

четливость, нестандартный подход к решению сложных боевых задач, но осуществление намерений затрудняет нетерпеливость и склонность к протестным реакциям (4-, 8-я шкалы СМИЛ, факторы B<sup>+</sup>, I, M<sup>+</sup>, N<sup>+</sup> 16-ФЛО). Внешнее безразличие и эмоциональная холодность в субъективно значимых ситуациях могут перейти в агрессивную реакцию с импульсивными действиями. В стрессе они способны прояв-

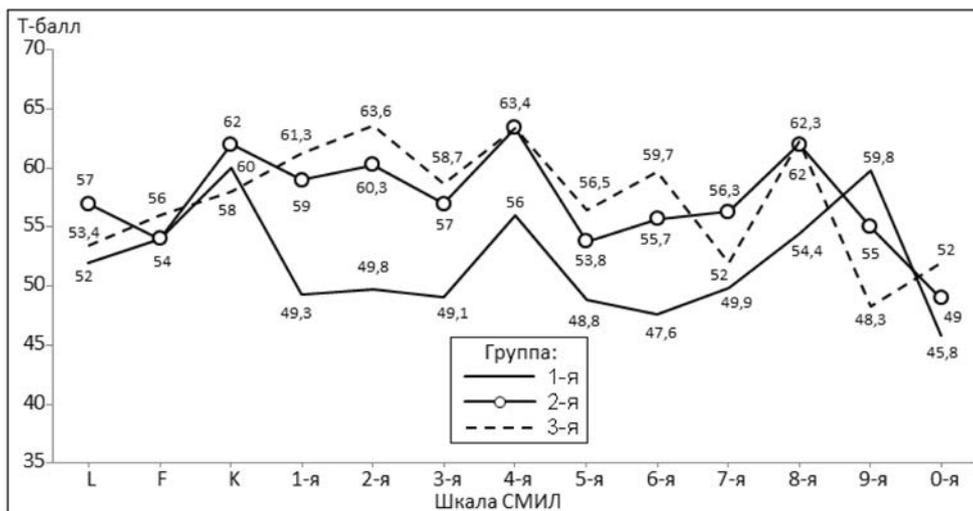


Рис. 1. Профили по СМИЛ у бойцов ОМОН после командировки в район вооруженного конфликта.

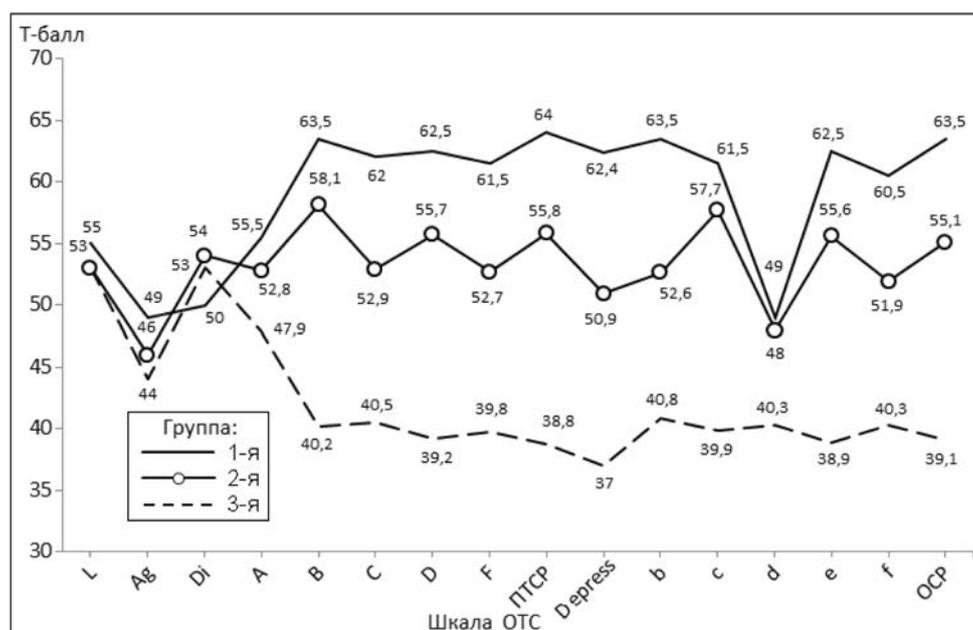


Рис. 2. Профили ОТС у бойцов ОМОН после участия в контртеррористических операциях.

лять активное эмоционально-поведенческое реагирование, храбрость, инициативность, однако в повседневной жизни их энергичность зависит от субъективного отношения к ситуации, личных взглядов и мотивации к деятельности. У данных лиц установлен незначительный уровень непродуктивной напряженности – СО = (9,3 ± 3,6) ед. на фоне избыточного симпатического возбуждения – ВК = (1,6 ± 0,8) ед., превышающего способность к целесообразной реализации в действии. Поэтому в боевой обстановке имеется риск нерациональной гиперактивности, которая усугубит опасность для жизни, не только своей, но и сослуживцев.

Актуализация защитных механизмов вытеснения (4-я шкала СМИЛ) и интеллектуальной трансформации тревоги (8-я шкала СМИЛ) помогают справиться с перманентной психотравмирующей обстановкой, однако при этом искажается процесс обобщения, неверно оценивается текущая ситуация, ошибочно прогнозируются события и планируется деятельность. Умеренное повышение 2-й шкалы СМИЛ, вероятно, указывает на депрессивную реакцию в рамках адаптационного синдрома, на фоне конфликтности в аффективной сфере (1-, 3-я шкалы) и вытесненной тревоги (7-я шкала СМИЛ). У бойцов ОМОН 2-й группы выявлен донологический уровень симптомов ПТСР

(55,8 ± 4,3) Т-балла ОТС: «вторжения» – (58,1 ± 6,3) Т-балла; физиологической «гиперактивации» – (55,7 ± 5,3) Т-балла, «избегания» – (52,9 ± 6,2) Т-балла и дистресса – (52,7 ± 5,9) Т-балла (см. рис. 2). В целом, адаптация комбатантов, причисленных к группе неустойчиво-адаптивного типа реагирования, достигается уравновешенностью гипер- и гипостенических свойств личности, когда психопатические черты компенсируются стремлением следовать за общественным мнением, добросовестным исполнением служебных обязанностей, соблюдением инструкций и приказов (факторы  $G^+$ ,  $L^-$ ,  $Q_2^-$  16-ФЛО), однако стремление соответствовать требованиям социума может привести к перенапряжению компенсаторных механизмов и последующей дезадаптации. Более высокий по сравнению с 1-й группой уровень симптомов ПТСР, отдельные признаки личностной дисгармонии на фоне сохраненного социального функционирования позволяют отнести данных лиц ко 2-й группе психического здоровья (по Б.С. Фролову, 1982; В.Я. Семке, 1999).

В 3-ю группу с пограничными (предпатологическими) последствиями вошли 16,7 % бойцов ОМОН (18 человек) в возрасте (31,4 ± 2,6) года, длительность участия в контртеррористической операции которых составила (431 ± 113) сут, период реадaptции к мирной жизни – 3,5 лет – (1285 ± 178) сут, «период последствий» – около 5 лет – (1716 ± 169) сут (см. таблицу). Средний уровень психического напряжения –  $CO = (14,1 \pm 5,2)$  ед. и избыточного возбуждения –  $BK = (1,6 \pm 0,7)$  ед. свидетельствует о симпатической гиперактивации, следовательно, в экстремальной ситуации у данных лиц вероятны неконструктивные реакции: импульсивность, нетерпеливость, потеря контроля над эмоциями, необдуманные поступки, низкая эффективность действий и панические переживания. На фоне астенизации длительным стрессом возможны возникновение депрессивного фона настроения и пассивное стрессовое реагирование (профиль СМИЛ по Уэлшу 2481-63570/9:KFL/). Подъем 2-й шкалы (см. рис. 1) в отдаленном периоде реадaptции к мирной жизни, вероятно, связан не столько с ситуативной реакцией на психотравму, сколько с гипотимическими личностными особенностями. В данной группе длительно сохраняются доклинические симптомы ПТСР – (64,0 ± 4,2) Т-балла: «вторжения» – (63,5 ± 7,7) Т-балла, «гиперактивации» – (62,5 ± 4,9) Т-балла; депрессии – (62,4 ± 4,2) Т-балла, «избегания» – (62,0 ± 11,3) Т-балла и дистресса – (61,5 ± 6,4) Т-балла ОТС (см.

рис. 2). Причем у ригидных (6-я шкала СМИЛ;  $r = 0,34$ ), интровертированных (0-я шкала;  $r = 0,26$ ) лиц зрелого возраста симптомы «гиперактивации» ( $r = 0,44$ ), «вторжения» ( $r = 0,32$ ), ОСР и ПТСР ( $r = 0,40$ ) проявляются сильнее. Травматические воспоминания усиливаются с течением времени (период последствий;  $r = 0,29$ ), отражаясь в симптомах «вторжения» ( $r = 0,32$ ), усугубляя тревожность (Q-фактор 16-ФЛО;  $r = 0,30$ ), фрустрированность личности ( $Q_4$ -фактор;  $r = 0,44$ ) и симптомы «избегания» ПТСР ( $r = 0,30$ ). При этом имеет место замкнутость (A-фактор 16-ФЛО;  $r = -0,43$ ), низкий волевой самоконтроль ( $Q_3$ -фактор 16-ФЛО;  $r = -0,28$ ), эмоциональная неустойчивость, импульсивность (C-фактор 16-ФЛО;  $r = -0,28$ ) и неконформизм ( $Q_2$ -фактор 16-ФЛО;  $r = 0,33$ ).

Комбатантам данной 3-й группы свойственны эмоциональная холодность, отчужденность, осторожность, социальная обособленность, настороженность к окружающим, скептицизм, апатия и низкая мотивация к деятельности (1-, 2-, 8-я и 0-я шкалы СМИЛ, факторы  $A^+$ ,  $F^-$ ,  $L^+$ ,  $N^+$ ,  $Q_4^-$  16-ФЛО). В их характере практичность, упорство в отстаивании своего мнения, ригидность (6-я шкала, факторы  $C^+$ ,  $H^+$ ,  $M^-$ ,  $Q_1^-$  16-ФЛО) сочетаются с чертами зависимости, сенситивности и болезненно заостренным чувством собственного достоинства (2-, 4-я и 5-я шкалы; факторы  $E^-$ ,  $I^+$ ,  $Q_2^-$  16-ФЛО). Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, утомляемость (C-фактор 16-ФЛО) усиливается с возрастом ( $r = -0,32$ ) и более выражена у ригидных (6-я шкала СМИЛ,  $r = -0,36$ ), интровертированных (0-я шкала СМИЛ,  $r = -0,26$ ) личностей.

Два равновысоких пика 2-й и 4-й шкал СМИЛ в совокупности с 8-й указывают на внутренний конфликт разнонаправленных тенденций, усиленный чертами индивидуалистичности (см. рис. 1). Отмечается сочетание гипостенических проявлений (инертность, пессимистичность, пассивность, конформность) и стенических свойств личности (возбудимость, импульсивность, конфликтность), однако ориентация на социальные нормативы и сознательное сдерживание негативных эмоций (1-, 2-я шкалы СМИЛ, фактор  $Q_3^+$  16-ФЛО) блокируют поведенческий паттерн их отреагирования, способствуя перенапряжению компенсаторных механизмов и развитию признаков невротизации.

Наличие перманентно сохраняющихся до-нозологических симптомов ПТСР, дисбаланс противоречивых личностных тенденций, несовершенная социальная адаптация позволили предположить пограничный диапазон личност-

ных изменений данных лиц, соответствующий 3-й группе психического здоровья (по Фролову Б.С., 1982; Семке В.Я., 1999).

### **Заключение**

Таким образом, в ранние и отдаленные периоды возвращения комбатантов к мирной жизни возможны различные типы психологических последствий – конструктивно-адаптивные, неустойчиво-адаптивные и пограничные (донозологические).

Для 62 % бойцов ОМОН из числа обследованных комбатантов (суммарная длительность командировок около 6 мес) в ранний период реадaptации к мирной жизни (от 7 мес до 1 года) характерно стеничное, конструктивное эмоционально-поведенческое стрессовое реагирование: продуктивная активность, решительность, мужественность, отвага, спокойствие и оптимизм. Они способны контролировать ситуацию, действовать рационально, продуманно и осторожно, эффективно выполняя боевые задачи без ущерба для психического здоровья. Успешная адаптация к боевым стрессорам характерна для наиболее подготовленных профессионалов, изначально склонных к стрессовой активности с умеренным симпатическим возбуждением и оптимальной мобилизованностью адаптационных ресурсов.

У 21,3 % комбатантов (длительность командировок – около 10 мес) через 2 года после воздействия факторов боевого стресса выявлен неустойчиво-адаптивный тип личностных изменений на фоне эмоционально-поведенческой стрессовой гиперактивности. Для них характерны импульсивность, экспрессивность, эгоцентричность, индивидуалистичность, расчетливость, эмоциональная холодность, независимый, авторитарный и рискованный стиль поведения, склонность к агрессивным реакциям, симптомы ПТСР («вторжения», физиологической гипервозбудимости, избегания и дистресса) доклинического уровня. Адаптация достигается сбалансированностью гипо- и гиперстенических личностных паттернов, волевой саморегуляцией, мобилизацией ресурсов и напряжением компенсаторных механизмов личности. В целях профилактики дезадаптации и посттравматических расстройств данным лицам показаны разноплановые релаксационные мероприятия, активный отдых, здоровый образ жизни, психологическое консультирование (индивидуальное и семейное), психокоррекция импульсивного поведения, психотерапия симптомов ПТСР (гештальт, телесно-ориентированная, психодинамическая и др.).

У 16,7 % бойцов ОМОН (длительность командировок более 1 года) в отдаленный период реадaptации к мирной жизни (более 3 лет) установлен конфликт противоречивых личностных свойств (инертности–возбудимости, пассивности–импульсивности, конформности–индивидуалистичности, зависимости–доминантности), средний уровень психической напряженности на фоне симпатической гиперактивации. Характерологические особенности отличаются полиморфизмом: безынициативность, пессимизм, склонность к субдепрессивному аффекту, психастенические черты, аффилиативная потребность сочетается с экспансивностью, стремлением к независимости, эмоциональной холодностью, ригидностью, интровертированностью. В экстремальной обстановке высока вероятность лихорадочной эмоционально-двигательной активности с паническими реакциями или пассивное стрессовое реагирование с депрессивными переживаниями. В постреактивный период возможны срыв деятельности и дезадаптация. Напряженность защитных механизмов, компенсаторных функций психической деятельности, находящихся в состоянии длительной мобилизации ввиду перманентного стресса, истощают адаптационные ресурсы, приводя к пограничным (предпатологическим) изменениям личности на фоне субкомпенсированных симптомов ПТСР («вторжения», «избегания», «гиперактивации», дистресса и депрессии). Данным лицам показана индивидуальная и групповая психотерапия (когнитивная, психодинамическая, телесно-ориентированная, гештальт, поэтапная терапия Горовитца, символдрама и др.) на фоне соматических лечебных и восстановительных процедур, ограничения активности с целью предупреждения психофизического перенапряжения, создания комфортных условий жизнедеятельности, устраняющих возможность декомпенсации дефицитарных функциональных систем.

### **Литература**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства : учеб. пособие. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Александров Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника и лечение. – Новосибирск : Сибвузиздат, 2001. – 160 с.
3. Ещенко Н.Г. Негативные психические состояния в деятельности сотрудников СОБР и пути преодоления их последствий : автореф. дис. ...канд. психол. наук. – Тверь, 1997. – 21 с.
4. Ичитовкина Е.Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов

Министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Архангельск, 2011. – 22 с.

5. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. – СПб. : Речь, 2001. – 112 с.

6. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М. : Наука, 1983. – 368 с.

7. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. – М. : Смысл, 2012. – 464 с.

8. 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.

9. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие для практ. психологов. – М., 1997. – 40 с.

10. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.

11. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур : метод. пособие / под ред. А.Б. Белевитина. – СПб. : Айсинг, 2010. – 268 с.

12. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 392 с.

13. Овчинников Б.В., Костюк Г.П., Дьяконов И.Ф. Технологии сохранения и укрепления психического здоровья : учеб. пособие. – СПб. : СпецЛит, 2010. – 302 с.

14. Ольшанский Д.В. Смысловые структуры личности участников афганской войны // Психол. журн. – 1991. – Т. 12, № 5. – С. 120–131.

15. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск : Изд-во Томск. ун-та, 1999. – 403 с.

16. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 48 с.

17. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). – СПб. : Речь, 2002. – 219 с.

18. Соловьев И.В. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия: оказание психологической помощи и психореабилитация. – М., 2000. – 111 с.

19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 272 с.

20. Тарабрина Н.В. Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // Психол. журн. – 2012. – Т. 33, № 6. – С. 20–33.

21. Филимонов Ю.И. Цветовой тест М. Люшера. Модификация «парные сравнения» : метод. руководство. – СПб., 1993. – 42 с.

22. Фролов Б.С. Система оценки и прогнозирования психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях. – Л. : ВМедА, 1982. – 62 с.

Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014. N 4. P. 79–90.

**Strelnikova J. Y.** Sistemno-dinamicheskii podkhod k otsenke psikhologicheskikh posledstviy boevogo stressa [The systemic time-dependent approach to an assessment of psychological implications of combat stress].

Saint-Petersburg University of State Fire Service, EMERCOM of Russia  
(Russia, 196105, Saint-Petersburg, Moskovsky Avenue, 149)

Strelnikova Juliya Yur'yevna – PhD Psychol. Sci., associate professor, doctoral candidate, Saint-Petersburg University of State Fire Service, EMERCOM of Russia (Russia, 196105, Saint-Petersburg, Moskovsky Avenue, 149); e-mail: vovich3@yandex.ru.

**Abstract.** The results of research of psychological consequences of combat stress are presented for 108 officers from special mobile detachment in the early and remote period after returning to civilian life. In 1 year after battle actions, constructive emotional and behavioral reactions, the lack of post-traumatic disorders were revealed in 62 % of surveyed. They are functional, optimistic, determined, courageous, demonstrate rational and constructive behavior, ability to successfully fulfill battle tasks. Two years later, survey-test revealed protective and adaptive type of personality changes, active affective and behavioral reactions, certain defensive-adaptive type of personality changes was revealed in 21.3 % of combatants, with active emotional and behavioral response and prenosological signes of post-traumatic stress disorder. They are characterized with impulsiveness, individualistic judgement, tough-mindedness, self-sufficiency, emotional indifference, low volitional control of emotions and behavior. The adaptation is achieved through mobilizing body resources, actualization of psychological protective mechanisms. Three years after battle actions, 16.7 % of officers show passive stress reaction, negative nonpathological personality changes, increased level of post-traumatic stress disorder symptoms. Pessimism, expansiveness, social withdrawal, suspiciousness, constriction, low stress resistance, social passivity and social dependence are inherent to them.

**Keywords:** emergency, extreme psychology, combatant, stress, personality, adaptation, impulsiveness, pessimism, post-traumatic stress disorder.

#### References

1. Aleksandrovskii Yu.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva [Borderline mental disorders]. Moskva. 2000. 496 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov E.O. Vzorvannyi mozg. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: klinika i lechenie [Blown-up brain. Post-traumatic stress disorder. Disease pattern and therapy]. Novosibirsk. 2001. 160 p. (In Russ.)
3. Eshchenko N.G. Negativnye psikhicheskie sostoyaniya v deyatel'nosti sotrudnikov SOBR i puti preodoleniya ikh posledstviy [Negative mental states in activity of Special rapid reaction unit officers and a way to overcome their consequences] : dissertation PhD Sci. Psychol. Tver' 1997. 21 p. (In Russ.)

4. Ichtovkina E.G. Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti kombatanov ministerstva vnutrennikh del pri vozdeistvii stress-faktorov boevoi obstanovki [Clinical and social-psychological characteristics of the combatants of Ministry of Internal Affairs under battle conditions]: dissertation PhD Med. Sci.. Arkhangel'sk. 2011. 22 p. (In Russ.)
5. Kapustina A.N. Mnogofaktornaya lichnostnaya metodika R. Kettella [R. Kettell's multifactorial personal technique]. Sankt-Peterburg. 2001. 112 p. (In Russ.)
6. Kitaev-Smyk L.A. Psikhologiya stressa [Psychology of the stress]. Moskva. 1983. 368 p. (In Russ.)
7. Kitaev-Smyk L.A. Organizm i stress: stress zhizni i stress smerti [Organism and stress: stress of life and stress of the death]. Moskva. 2012. 464 p. (In Russ.)
8. Korenyak R.Yu. Problema boevogo stressa u voennosluzhashchikh vnutrennikh voisk MVD Rossii i puti ego preodoleniya [Problem of combat stress in servicemen of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of Russia and a way to overcome it]. Meditsinskii vestnik MVD [MVD Medical newsletter]. 2003. N 4. P. 11–13. (In Russ.)
9. Kotenev I.O. Psikhologicheskaya diagnostika poststressovykh sostoyanii u sotrudnikov organon vnutrennikh del [Psychological post-stress status examination in police officers]. Moskva. 1997. 40 p. (In Russ.)
10. Litvintsev S.V., Snedkov E.V., Reznik A.M. Boevaya psikhicheskaya travma [Combat mental trauma]. Moskva. 2005. 432 p. (In Russ.)
11. Mediko-psikhologicheskaya korrektsiya spetsialistov «silovykh» struktur [Medico-psychological correction in professionals of law enforcement agencies]. Ed. A.B. Belevitin. Sankt-Peterburg. 2010. 268 p. (In Russ.)
12. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Evidence-based analysis and interpretation]. Sankt-Peterburg. 2004. 392 p. (In Russ.)
13. Ovchinnikov B.V., Kostyuk G.P., D'yakonov I.F. Tekhnologii sokhraneniya i ukrepleniya psikhicheskogo zdorov'ya [Technologies of preservation and strengthening of psychic health]. Sankt-Peterburg. 2010. 302 p. (In Russ.)
14. Ol'shanskii D.V. Smyslovye struktury lichnosti uchastnikov afganskoii voiny [Semantic structures of the personality of Afghan war participants]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1991. Vol. 12, N 5. P. 120–131. (In Russ.)
15. Semke V.Ya. Preventivnaya psikhiaetriya. [Preventive psychiatry]. Tomsk. 1999. 403 p. (In Russ.)
16. Snedkov E.V. Boevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lechebno-reabilitatsionnye printsipy) [Combat mental trauma (clinical findings and pathogenetic course, diagnostics, principles of the treatment and rehabilitation)]: dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1997. 48 p. (In Russ.)
17. Sobchik L.N. Standartizirovannyi mnogofaktornyi metod issledovaniya lichnosti SMIL [A standardized method of multivariate study of personality (SMIL)]. Sankt-Peterburg. 2002. 219 p. (In Russ.)
18. Solov'ev I.V. Posttravmaticheskii stressovyi sindrom: prichiny, usloviya, posledstviya: okazanie psikhologicheskoi pomoshchi i psikhoreabilitatsiya [Post-traumatic stress disorder: etiology, conditions, consequences. Succordance and psychological adjustment]. Moskva. 2000. 111 p. (In Russ.)
19. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of posttraumatic stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 272 p. (In Russ.)
20. Tarabrina N.V. Psikhologicheskie posledstviya vozdeistviya stressorov vysokoi intensivnosti: posttravmaticheskii stress [Psychological consequences of highly intensive stress factors: posttraumatic stress]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2012. Vol. 33, N 6. P. 20–33. (In Russ.)
21. Filimonenko, Yu.I. Tsvetovoi test M. Lyushera. Modifikatsiya «poparnye sravneniya» [Luscher color test. Pairwise comparisons modification]. Sankt-Peterburg. 1993. 42 p. (In Russ.)
22. Frolov B.S. Sistema otsenki i prognozirovaniya psikhicheskogo zdorov'ya pri massovykh psikhoprofilakticheskikh obsledovaniyakh [System of an assessment and prediction of psychic health at mass psychoprophylactic inspections]. Leningrad. 1982. 62 p. (In Russ.)

Received 28.07.2014

## Библиографический список авторефератов диссертаций (продолжение, начало на с. 39, 59, 65, 78)

- Пуганов М.В.** Формирование профессионально-правовой культуры будущих специалистов Государственной противопожарной службы МЧС России : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.08 <Теория и методика проф. образования> / Пуганов Михаил Владимирович ; [Шуйский гос. пед. ун-т]. – Шуя, 2011. – 23 с.
- Ретинская Ю.А.** Профессиональная подготовка руководителей добровольных пожарных дружин сельскохозяйственных муниципальных образований с использованием обучающих игр : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.08 <Теория и методика проф. образования> / Ретинская Юлия Александровна ; [С.-Петерб. ун-т Гос. противопожар. службы МЧС России]. – СПб., 2011. – 23 с.
- Рыбникова А.В.** Психологическое прогнозирование профессиональной пригодности специалистов опасных производств нефтегазовой отрасли к деятельности в экстремальных условиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 05.26.03 <Пожар. и пром. безопасность> / Рыбникова Анна Викторовна ; [С.-Петерб. ун-т Гос. противопожар. службы МЧС России]. – СПб., 2013. – 18 с.
- Рыжкина Л.А.** Профессиональная подготовка специалистов пожарной безопасности аэродромной службы с использованием тренировочных комплексов : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.08 <Теория и методика проф. образования> / Рыжкина Любовь Анатольевна ; [С.-Петерб. ун-т Гос. противопожар. службы МЧС России]. – СПб., 2011. – 22 с.
- Селезнев А.В.** Разработка системы подготовки авиационного персонала к проведению аварийно-спасательных работ на этапе первоначального обучения : автореф. дис. ... канд. техн. наук : спец. 05.22.14 <Эксплуатация воздушн. транспорта> / Селезнев Андрей Владимирович ; [Моск. гос. техн. ун-т гражд. авиации]. – М., 2010. – 19 с.
- Соколова Т.Б.** Социально-культурное развитие дошкольников при формировании культуры безопасности участников дорожного движения в дошкольных образовательных учреждениях : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.05 <Теория, методика и организация соц.-культурной деятельности> / Соколова Татьяна Борисовна ; [Челяб. гос. акад. культуры и искусств]. – Челябинск, 2013. – 23 с.