

Научная статья

УДК 159.923

<https://doi.org/10.35750/2071-8284-2024-3-322-335>

Юлия Юрьевна Стрельникова

доктор психологических наук, доцент

<https://orcid.org/0000-0002-8375-1293>, ulich1969@yandex.ru

Санкт-Петербургский университет МВД России

Российская Федерация, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1

Структура психологических последствий контртеррористической деятельности: дифференцированный подход к реабилитации

Аннотация: **Введение.** В статье рассмотрена структура психологических последствий у сотрудников органов внутренних дел, принимавших участие в контртеррористической операции (в составе сводных отрядов) на территории Чеченской Республики. Актуальность исследования обусловлена необходимостью обоснования показаний для дифференцированного подхода к медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел, выполнявших служебно-боевые задачи в особых условиях. **Методы.** В исследовании приняли участие 110 сотрудников органов внутренних дел, средний возраст $29,38 \pm 6,5$ лет; средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта $146,9 \pm 79,8$ суток; число командировок $1,41 \pm 0,65$. Методики исследования: анонимная анкета, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, тест выявления типа акцентуации Х. Смишека, проективная методика «Hand-тест», тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга, опросник выраженности травматического стресса И. О. Котенева. Статистическая обработка результатов проводилась методами описательного и факторного анализа (метода главных компонент и варимакс-вращения факторной структуры). **Результаты.** Установлено, что в структуре психологических последствий контртеррористической деятельности определяются шесть факторов, которыми объясняется 81,89 % суммарной дисперсии признаков. Два из них – «посттравматический» (21,4 %) и «застревающе-посттравматический» (7,57 %) факторы – включают симптомы посттравматического стрессового расстройства (далее – ПТСР), а также предикторы, способствующие его затяжному течению. Выделены признаки «подпорогового» (донозологического) ПТСР в виде характерных личностных черт: пессимистичность, психастения, невротический контроль, ригидность, импульсивность, агрессивность, циклотимия, эмоциональная амбивалентность, «застревание» на аффекте, фрустрационная фиксация на самозащите, тревожность, подозрительность, сензитивность, чувство вины, социальная интроверсия, пассивность, эгоцентричность. Они входят в состав пяти из шести факторов («посттравматического», «непродуктивного фрустрационного реагирования», «демонстративно-невротического», «ригидно-аффективного», «застревающе-посттравматического») и нуждаются в своевременных и разноплановых мероприятиях медико-психологической реабилитации. Психологические особенности, входящие в состав «гипертимно-конформного» фактора (12,06 % дисперсии), могут быть компенсированы психологической коррекцией. В статье проанализированы зарубежные и отечественные методы психологической реабилитации ПТСР, выделены психотерапевтические «мишени» воздействия и предложены мероприятия психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел с учетом факторной структуры последствий.

Ключевые слова: сотрудники органов внутренних дел, посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, психологическая коррекция, психосоматические заболевания

Для цитирования: Стрельникова Ю. Ю. Структура психологических последствий контртеррористической деятельности: дифференцированный подход к реабилитации // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2024. – № 3 (103). – С. 322–335; <https://doi.org/10.35750/2071-8284-2024-3-322-335>.

Original article

Yulia Yu. Strelnikova

Dr. Sci. (Psy.), Docent

<https://orcid.org/0000-0002-8375-1293>, ulich1969@yandex.ru

Saint Petersburg University of the MIA of Russia

1, Letchika Pilyutova str., Saint Petersburg, 198206, Russian Federation

Structure of psychological consequences of counter-terrorist activity: differentiated approach to rehabilitation

Abstract: Introduction. The article deals with the structure of psychological consequences affecting the officers of internal affairs bodies who took part in the counter-terrorist operation (as part of combined units) in the territory of the Chechen Republic. The relevance of the research is determined by the necessity of substantiation of indications for a differentiated approach to medical and psychological rehabilitation of the law enforcement officers having performed service and combat tasks in special conditions. **Methods.** The research involved 110 officers of internal affairs bodies, average age $29,38 \pm 6,5$ years; average period of being in the zone of armed conflict $146,9 \pm 79,8$ days; number of missions $1,41 \pm 0,65$. Research methods: anonymous questionnaire, standardised multifactor method of personality research, 16-factor personality questionnaire of R. Kettell, accentuation type identification test of H. Smishek, projective technique 'Hand-test', drawing association test of S. Rosenzweig, traumatic stress intensity questionnaire of I. O. Kotenev. Statistical processing of the results was carried out by methods of descriptive and factor analysis (method of principal components and varimax-rotation of the factor structure). **Results.** The author found six factors that explain 81.89 % of the total dispersion of traits in the structure of psychological consequences of counter-terrorist activity. Two of them - 'posttraumatic' (21.4 %) and 'stuck-posttraumatic' (7.57 %) factors - include symptoms of posttraumatic stress disorder, as well as predictors contributing to its prolonged flow. Signs of 'subthreshold' (pre-symptomatic) posttraumatic stress disorder, in the form of characteristic personality traits were identified: pessimism, psychasthenia, neurotic control, rigidity, impulsiveness, aggressiveness, cyclothymia, emotional ambivalence, 'getting stuck' on affect, frustration fixation on self-protection, anxiety, suspiciousness, sensitivity, guilt, social introversion, passivity, egocentricity. They are part of five out of six factors ('posttraumatic', 'unproductive frustration response', 'demonstrative-neurotic', 'rigid-affective', 'stuck-posttraumatic') and need both timely and diverse measures of medical and psychological rehabilitation. Psychological peculiarities included in the 'hyperthymic-conform' factor (12.06% of the variance) can be compensated by psychological correction. The author analysed foreign and national methods of psychological rehabilitation of posttraumatic stress disorder, identified psychotherapeutic 'targets' of influence and proposed measures of psychological rehabilitation of internal affairs officers with regard to the factor structure of the consequences.

Keywords: law enforcement officers, posttraumatic stress disorder, medical and psychological rehabilitation, psychological correction, psychosomatic diseases

For citation: Strelnikova Yu. Yu. Structure of psychological consequences of counter-terrorist activity: differentiated approach to rehabilitation // Vestnik of St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. – 2024. – № 3 (103). – P. 322–335; doi: 10.35750/2071-8284-2024-3-322-335.

Введение

Вооруженные межнациональные и религиозные конфликты, террористические акты, сотрясающие не только Россию, но и многие страны во всем мире, к сожалению, не имеют тенденции к завершению. Последствия этих событий включают как непосредственные, так и отсроченные во времени (на протяжении от года до десятков лет) разнонаправленные и многокомпонентные последствия, требующие проведения широкого спектра медицинских и психологических мероприятий не только среди профессионального контингента (военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел, Росгвардии, МЧС России и др.), но и у их ближайших родственников, а также у мирного населения, проживающего на опасной территории или покинувшего зону вооруженного конфликта. Разнонаправленность и неоднородность этих проявлений подтверждается многими отечественными (М. М. Решетников, В. А. Корзунин 1989;

Е. В. Снедков, 1997; А. Г. Караяни, 1998; А. А. Стрельников, 1998; Ю. А. Александровский, 2000; Е. О. Александров, 2001; Н. В. Тарабрина, 2008, Е. Г. Ичитовкина, 2013; Ю. Ю. Стрельникова, 2016, и др.) и некоторыми зарубежными авторами (Ch. Figley, 1986; B. A. van der Kolk, C. P. Ducey, 1989; R. A. Kulka, 1990; K. S. Cox, H. S. Resnick, D. G. Kilpatrick, 2014; N. T. Fear, M. Jones, 2010). Например, ими были выявлены неоднородные по своей природе психологические последствия вооруженных конфликтов: от позитивных, компенсаторных, до пограничных и негативных (включающих в т. ч. посттравматическое стрессовое расстройство) [1–4].

Посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР) в международной классификации болезней МКБ-11 (раздел L1-6B4) определяется как «расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий, и характеризуется повторным переживанием травматического события (ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами; избеганием мыслей и воспоминаний о событии (ях), или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие (я); состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга»¹. В пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5; *American Psychiatric Association*) симптомы ПТСР классифицируются как вторгающиеся воспоминания, переживания о травмирующем событии (симптомы В); избегание стимулов, ассоциированных с травмой (С), негативные изменения когнитивных процессов и настроения (D), а также изменения в возбуждении и реактивности (Е). В DSM-5 симптомы D2 «устойчивые негативные убеждения и ожидания относительно себя, других или мира» и D3 «устойчивые, искаженные когниции, обвинение себя или других в причине или последствиях события (событий)» отражают когнитивно-бихевиоральную теорию и современные исследования последствий травмы [3].

Л. Р. Мэтьюс, Л. Э. Алден с соавторами провели систематический обзор международной литературы, в которой сообщалось о распространенности ПТСР, депрессии и тревоги у специалистов экстремальных профессий, которые существовали спустя годы после травмы. В обзор были включены 24 исследования из 12 стран с общим объемом выборки 4768 человек. Показатели ПТСР варьировались от 0 % до 23,6 % (в среднем 10,47 %), депрессии – от 0,7 % до 77,1 % (в среднем 24,8 %), тревоги – от 2,4 % до 14,6 % (в среднем 9,29 %). Л. Р. Мэтьюс, Л. Э. Алден с соавторами установили, что повышенный уровень ПТСР наиболее взаимосвязан с профессиональными стресс-факторами и дезадаптивными копинг-стратегиями [5]. По данным А. Н. Мерианса, Т. В. Спиллера в национальной выборке, включавшей более 36 тысяч взрослых американцев, распространенность ПТСР за 2022 год составила 4,7 %, распространенность в течение всей жизни – 6,1%, а среди респондентов, участвовавших в вооруженных конфликтах, ПТСР составляла 55,5 % [6].

В зарубежных исследованиях также подчеркивается сложная, многофакторная структура ПТСР, объясняющая неоднородность проявлений его симптомов и их взаимосвязь с показателями психопатологии. Например, Д. Д. Эльхай и П. А. Палмиери считают, что наиболее распространенная трехфакторная структура ПТСР (симптомы «вторжения», «избегания» и «гипервозбуждения») неадекватно отражает структуру симптомов, лежащих в основе показателей ПТСР. Они подтвердили четырехфакторную модель, которая основана на моделях эмоционального оцепенения и дисфории, как наиболее подходящую для посттравматического стрессового расстройства [7].

Несмотря на то, что лишь у немногих людей, подвергшихся травматическому событию, развивается ПТСР, симптомы, которые не соответствуют полным критериям ПТСР, являются распространенными и часто клинически значимыми. Люди с этими симптомами иногда характеризуются как имеющие подпороговое (донозологическое) ПТСР, при этом не существует единого мнения об оптимальном определении этого термина.

Подпороговое ПТСР, также называемое субсиндромальным ПТСР или частичным ПТСР, часто имеет лишь отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства, но их слишком мало или они не соответствуют полному набору всех критериев нозологически выраженного ПТСР (например, отмечается только один полный симптом «вторжения»,

¹ Клинические рекомендации «Посттравматическое стрессовое расстройство» (одобрены Минздравом России 28.02.2023) // Министерство здравоохранения Российской Федерации : [Официальный сайт] / – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/753_1 (дата обращения: 05.08.2024). – С. 6–7.

«избегания» или «гиперактивации», либо один критерий в каждом из кластеров В, С, D и E, либо наличие одного симптома в кластере В, два симптома в кластере С (вместо трех), один симптом в кластере D или 2 симптома E). Исследователи из Всемирной организации здравоохранения провели структурированные психиатрические диагностические интервью в 13 странах и выявили донозологические проявления ПТСР у 23 936 респондентов, сообщивших о воздействии травматического события. Они изучили связи профилей симптомов ПТСР (по DSM-5) с шестью исходами: дистресс-расстройство, коморбидные расстройства, суицидальность, зависимость от психоактивных веществ, страх-дистресс, продолжительность симптомов ПТСР. Распространенность подпорогового ПТСР определялась как низкая в диапазоне одного симптома для каждого из критериев В–Е (0,7 %) и высокая при определении полного симптома для одного из четырех критериев В–Е (4,6 %) [8]. Дж. Кьюкор, К. Уайка с соавторами изучали частоту подпорогового ПТСР и связанных с ним нарушений в сравнении с отсутствием ПТСР и полным ПТСР, у 3 523 человек, участвовавших в аварийно-восстановительных работах после террористического акта 11 сентября 2001 г. в США, а также проспективно отслеживали течение подпороговых симптомов в течение трех лет. Они подтвердили клиническую значимость подпорогового ПТСР и подчеркнули, что связанное с ним нарушение может быть значительным и долгосрочным. Сразу после теракта 19,7 % лиц соответствовали критериям подпорогового ПТСР. Через год среди них 29 % соответствовали критериям подпорогового или полного ПТСР, а через два года 24,5 % лиц по-прежнему соответствовали этим критериям [9].

В МКБ-11 (6B41) новая категория «комплексное ПТСР», является аналогом категории МКБ-10 «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0). Данная категория подчеркивает значимость диагностики не только симптомов и критериев ПТСР (полного или частичного), но и персистирующих нарушений в когнитивной, эмоционально-волевой сфере личности, а также в ее социальном функционировании. Диагноз комплексного ПТСР, помимо типичных кластеров симптомов, включает также «стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний); поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение); стойкие негативные представления о себе, как об униженном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими чувствами стыда, вины или несостоятельности); последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений»².

Исследования отечественных специалистов подтверждают значимость изучения феномена «подпорогового ПТСР» как фактора риска нарушения качества жизни, профессиональной деятельности военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России «у ветеранов войн, наряду с симптомами ПТСР, часто отмечаются стойкие изменения, которые традиционно относят к личностным чертам: выраженная полярная изменчивость настроения (от экстаза до дисфории); сужение диапазона эмоционального реагирования (тоска, злоба, страх); преобладание апатии, угрюмого настроения, отгороженности; восприятие и оценка окружающего с точки зрения потенциальной опасности; готовность к импульсивному защитному и автоматическому стереотипному реагированию (избегание, уход или агрессия); ранимость и сенситивность к несправедливости, чувство вины перед боевыми товарищами; регресс высших личностных свойств со снижением восприимчивости к чужим страданиям и смерти, уход от решения нравственных проблем; ослабление интрапсихической переработки впечатлений, способности к вербализации переживаний»³. Перечисленные личностные изменения являются показанием для проведения медико-психологической реабилитации.

По приказу МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 медико-психологической реабилитации подлежат сотрудники органов внутренних дел (ОВД) Российской Федерации при наличии у них следующих показаний: «воздействие факторов риска снижения адаптационных возможностей организма и профессиональной работоспособности сотрудников при выполнении оперативно-служебных задач в особых условиях, а также длительное (более 30 суток) переутомление; нарушения эмоциональной сферы (нервозность, беспокойство и возбуждение; неуверенность, тревога и страх; раздражительность, вспыльчивость;

² Там же. – С. 6.

³ Там же. – С. 42.

несвойственный ранее эгоцентризм, снижение настроения и способности к сопереживанию); нарушения волевой сферы и поведения (трудности поддержания нормального образа жизни; чрезмерная немотивированная активность, многоречивость, расторможенность, суетливость или апатия; излишняя настороженность, подозрительность; стойкая фиксация на пережитых событиях; повышенная конфликтность; ограничение круга контактов, избирательность в общении, замкнутость; потеря интереса к любимым занятиям, увлечениям; более частое и в больших количествах, чем ранее, употребление алкоголя; постоянное ощущение усталости; снижение памяти, внимания, работоспособности; нарушения сна; разбалансированность реакций вегетативной нервной системы»⁴. В процессе медико-психологической реабилитации осуществляется «комплекс мер, включающий оказание психологической и медико-психологической помощи, в целях снижения риска формирования стресс-ассоциированных расстройств, коррекции остаточной психопатологической симптоматики и сокращения сроков восстановления работоспособности сотрудников ОВД Российской Федерации»⁵.

За последнее десятилетие было разработано множество отечественных⁶ и зарубежных рекомендаций по лечению ПТСР: Американской психиатрической ассоциацией (APA), Министерством по делам ветеранов США (VA) / Департаментом обороны (DoD), Национальным институтом здравоохранения и клинических исследований Великобритании (NICE), Институтом медицины (IOM), Американской академией детской и подростковой психиатрии (AACAP) и Австралийским национальным советом по здравоохранению и медицинским исследованиям (NHMRC). Однако, учитывая различия в этих рекомендациях, существует некоторая неопределенность в выборе эффективных подходов и методов терапии.

В медико-психологической реабилитации и клинической практике лечения ПТСР широко распространены как психотерапия, так и фармакотерапия (например, антидепрессантами, ингибирующими обратный захват серотонина), которые часто используются для снижения общей тяжести ПТСР или для устранения специфических симптомов (тревоги, депрессии, бессонницы и др.). В большинстве руководств психологические методы лечения, ориентированные на травму, рассматриваются как предпочтительный первый шаг, а лекарственные препараты – как дополнение или вторая линия лечения. Среди методов психотерапии ПТСР выделяют психологическую интервенцию, ориентированную на травму, которая прямо воздействует на мысли, чувства или воспоминания о травматическом событии (например, нарративная экспозиционная терапия, когнитивно-поведенческая терапия с пролонгированной экспозицией), а также психологические вмешательства, которые только облегчают переживания симптомов ПТСР, но непосредственно не направлены на проработку мыслей и чувств, ассоциированных с травмой (например, методы нейрорлингвистического программирования, релаксации, тренинг «Повышение жизнестойкости», межличностная терапия и др.). Все методические рекомендации сходятся в том, что психологические вмешательства, ориентированные на травму, включая экспозиционную и когнитивную терапию, являются эффективными, эмпирически подтвержденными методами первой линии лечения ПТСР.

Зарубежные руководства, например, в США, рекомендуют для психологической реабилитации ПТСР использовать следующие формы психотерапии: длительную экспозицию, когнитивно-поведенческую психотерапию, сфокусированную на травме [10], переработку травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ), когнитивную процессинговую психотерапию [11] и репроцессинг [6]. Хорошие результаты показала эклектичная «психотерапевтическая техника эмоционального освобождения (*Emotional Freedom Techniques*), включающая в себя элементы когнитивно-бихевиоральной, телесно-ориентированной и экспозиционной психотерапии с использованием техник акупрессуры» [12, с. 129]. К. Кьюсак, Д. Э. Джонас с соавторами сравнили эффективность и неблагоприятные эффекты психологических методов лечения взрослых, страдающих тяжелым ПТСР. Авторы подтверждают эффективность экспозиционной терапии, включая мануализированную версию (высокий уровень эффективности); пролонгированной экспозиции, когнитивной терапии,

⁴ О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (вместе с «Порядком и местами проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации»): приказ МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 (зарег. в Минюсте России 30.08.2024, № 79354) // Государственная система правовой информации: [Официальный интернет-портал правовой информации]. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 05.08.2024). – Документ вступает в силу с 13.09.2024.

⁵ Там же.

⁶ URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/753_1 (дата обращения: 05.08.2024).

терапии когнитивной обработки, когнитивно-поведенческой терапии (умеренный уровень эффективности); десенсибилизации и переработки движения глаз, нарративной экспозиционной терапии (низкий уровень эффективности) [13].

Таким образом, актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью дифференцированного подхода к медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел (далее – ОВД), выполнявших служебно-боевые задачи в особых условиях.

Цель исследования: выявление структуры психологических факторов, оказывающих влияние на уровень адаптационных возможностей сотрудников ОВД, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях, обоснование показаний и определение направлений дифференцированного подхода к их психологической коррекции и реабилитации.

Выборку исследования составили сотрудники ОВД ($n = 110$), принимавшие участие в контртеррористической операции на территории Чеченской Республики (в составе сводных отрядов), средний возраст – $29,38 \pm 6,5$ лет; число командировок – $1,41 \pm 0,65$; средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта – $146,9 \pm 79,8$ суток.

Методы и методики исследования

Для изучения психологических последствий деятельности в особых условиях использовались: стандартизированный многофакторный метод исследования личности⁷ (СМИЛ, в адаптации Л. Н. Собчик), проективная методика исследования личности «Hand-тест» (в адаптации Т. Н. Курбатовой)⁸, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16-ФЛО, форма С)⁹, тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга для изучения фрустрационных реакций¹⁰, тест выявления типа акцентуации Х. Смишека¹¹, опросник выраженности травматического стресса И. О. Котенева (ОТС)¹². С помощью анонимной анкеты исследовались частота и длительность заболеваемости за год (без уточнения нозологических форм патологии). Статистическая обработка результатов исследования проводилась в программе *SPSS Statistics 19.0* с использованием описательного и факторного анализа (метода главных компонент и варимакс-вращения факторной структуры).

Результаты исследования

Анализ факторной структуры психологических последствий участия в контртеррористической операции позволил выделить шесть групп сотрудников ОВД, различающихся личностными особенностями, риском развития дезадаптации и степенью снижения адаптационных возможностей организма. Выделенными факторами объясняется 81,89 % суммарной дисперсии признаков.

Первый («посттравматический») фактор имеет наибольшую информативность (21,4 %) и выявляет взаимосвязь симптомов ПТСР (0,966; ОТС), таких как гипервозбудимость (0,965), дистресс (0,897), избегание (0,813), вторжение (0,678) с личностными чертами: пессимистичностью, склонностью к депрессивным реакциям (0,831; 2-я шкала СМИЛ); психастенией, низкой толерантностью к стрессу (0,637; 7-я шкала СМИЛ); импульсивностью (0,559; 4-я шкала СМИЛ); тревожностью, ранимостью, чувством вины (0,536; фактор О, 16-ФЛО); социальной интроверсией, пассивностью (0,532; 0-я шкала СМИЛ); формализмом в отношениях с людьми (0,528, категория Com, «Hand-тест»); осторожностью, сензитивностью к угрозе (-0,502; фактор Н, 16-ФЛО), а также длительной заболеваемостью (0,515). Данный фактор, помимо симптомов ПТСР, фиксации на пережитых психотравмирующих событиях, отражает трудности эмоционально-волевой регуляции и сложности реадaptационного периода, требующие своевременных (как можно в более ранние сроки) и разноплановых мероприятий по медико-психологической реабилитации.

⁷ Собчик Л. Н. СМИЛ (ММРП). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – Санкт-Петербург: Речь, 2002. – 219 с.

⁸ Курбатова Т. Н., Муляр О. И. Проективная методика исследования личности «Hand-тест»: руководство по использованию. – Санкт-Петербург: ИМАТОН, 1996. – 56 с.

⁹ Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: практическое пособие. – Санкт-Петербург: Речь, 2001. – 112 с.

¹⁰ Лукин С. Е., Суворов А. В. Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга: руководство по использованию. – Санкт-Петербург: ИМАТОН, 1993. – 63 с.

¹¹ Реан А. А., Лукин С. Е. Методическое руководство по исследованию типов акцентуаций. – Санкт-Петербург: ИМАТОН, 1993. – 35 с.

¹² Котенев И. О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: методическое пособие. – Москва: МЦ при ГУК МВД России, 1997. – 40 с.

В состав второго – «демонстративно-невротического» – фактора (16,54 % дисперсии) вошли следующие показатели: невротический контроль (0,827; 1-я шкала СМИЛ), проявляющийся догматическим стилем мышления, ориентацией на инструкции и нормативные требования, умением подчиняться приказам, но избегать ответственных решений; а также истероидность, эмоциональная лабильность с конфликтным сочетанием сдержанности и раздражительности (0,775; 3-я шкала СМИЛ); демонстративность (0,727; категория Ex, «Hand-тест»); импульсивность (0,626; 4-я шкала СМИЛ); низкий волевой самоконтроль (-0,661; фактор Q3, 16-ФЛО); дистимический (0,620), тревожный (-0,697) и педантичный (-0,671) типы акцентуаций. Последние два типа относятся к отрицательному полюсу данного фактора и определяются противоположными чертами: самонадеянностью, беспечностью, небрежностью, которые маскируются гиперсоциальностью установок. Для данной группы также характерны следующие черты личности: умение сдерживать агрессивные тенденции «при посторонних» или руководстве, но открыто проявлять их с близкими или подчиненными людьми, когда контроль над своим поведением ослабевает (-0,655; коэффициент I, «Hand-тест»); стремление делегировать ответственность, убежденность в том, что окружающие должны уделять им внимание, время и оказывать помощь в решении проблем (0,613; категория Dep, «Hand-тест»); предпочтение формально-делового, безэмоционального стиля общения (0,579; категория Com, «Hand-тест»). Перечисленные особенности и смешанный тип стрессового реагирования могут приводить к затруднению социальной адаптации (-0,556; КГА, тест С. Розенцвейга), возможным сексуальным нарушениям (0,481; 5-я шкала СМИЛ) и психосоматическим заболеваниям (сердечно-сосудистым, желудочно-кишечным и др.) вследствие перехода внутриличностного конфликта в физиологические расстройства, обусловленные психотравмирующей ситуацией. Перечисленные характерологические особенности, относящиеся, возможно, к «подпороговому» ПТСР и предрасполагающие к его затяжному течению, нуждаются в проведении широкого спектра мероприятий по медико-психологической реабилитации.

Структура третьего – «ригидно-аффективного» – фактора (12,65 % дисперсии) включает ригидность, стеничный тип стрессового реагирования с ведущими механизмами психологической защиты по типу рационализации, проекции и эксплозивных гневно-обвиняющих реакций (0,824; 6-я шкала СМИЛ); высокий риск открытого агрессивного поведения (0,704; категория Agg, «Hand-тест») с отсутствием страха перед ответной агрессией (-0,897; категория F, «Hand-тест»); экзальтированный (0,741) тип акцентуации; жесткость, рациональность (-0,673; фактор I, 16-ФЛО); консерватизм (0,659; фактор Q1, 16-ФЛО), переживание чувства тревоги, напряжения и дискомфорта (0,682; категория Ten, «Hand-тест») на фоне актуальной потребности в эмоционально-положительном, благожелательном отношении к себе (0,694; категория Aff, «Hand-тест»). Эксплозивно-агрессивные реакции, которые трактуются как вынужденные (защитные) действия в ответ на враждебность окружающих, с одной стороны, уравниваются направленностью на социальное взаимодействие (0,613; категория Com, «Hand-тест»), с другой – разнонаправленность личностных тенденций и подавленная враждебность являются фактором риска соматических нарушений (например, артериальной гипертензии или обострения имеющихся хронических заболеваний на фоне психотравмирующих событий). Описанные личностные тенденции являются показанием для проведения психологической коррекции и психотерапии.

Четвертый («гипертимно-конформный») фактор (12,06 % дисперсии) отражает взаимосвязь оптимистичности (0,909, 9-я шкала СМИЛ); экспрессивности, беспечности (0,839 фактор F, 16-ФЛО), гипертимного типа акцентуации (0,753) с такими показателями, как смелость, готовность к риску, активность, социальность (0,749; фактор H, 16-ФЛО); конформизм (-0,703, фактор Q2, 16-ФЛО), общительность (0,587, фактор A, 16-ФЛО); низкий самоконтроль, импульсивность (-0,567, фактор Q3, 16-ФЛО); демонстративный (0,503) и возбудимый (0,474) типы акцентуаций. В ситуации фрустрации они не склонны фиксироваться на препятствии (-0,463, категория OD, тест Розенцвейга), однако возможна избыточная, хаотичная стрессовая активность, которая в экстремальных условиях способна не только затруднить выполнение целенаправленной деятельности, но и стать источником угрозы жизни (как своей, так и окружающих). Данные сотрудники признают факт пережитого психотравмирующего события (0,573), однако сохраняют оптимистический настрой благодаря преобладанию защитного механизма отрицания проблем, что может привести к недооценке серьезности опасной ситуации и неоправданной беспечности в поведении. Выявленное сочетание психологических особенностей сотрудников ОВД не требует медико-психологической реабилитации и может быть компенсировано методами психологической коррекции.

Пятый фактор – «непродуктивного фрустрационного реагирования» (11,67 % дисперсии) – характеризуется импунитивной направленностью фрустрационных реакций (0,879; M-реакции, тест С. Розенцвейга) с отрицанием личной ответственности, игнорированием проблем и ожиданием, что со временем ситуация разрешится самостоятельно или вследствие

взаимных договоренностей (0,815; NP-фиксация на разрешении ситуации). Такой тип реакций может обеспечивать толерантное поведение в рамках административно-организаторской работы, но в условиях оперативно-служебной деятельности или вооруженного конфликта скорее всего окажется непродуктивным. Данный фактор описывает взаимосвязь импунитивного реагирования с директивностью (0,691; категория Dir, «Hand-тест»), жесткостью, практичностью (-0,673; фактор I, 16-ФЛО); доминантностью, настойчивостью, независимостью, конфликтностью, агрессивностью (0,588; фактор E, 16-ФЛО), а также с эмоциональной амбивалентностью, склонностью к длительному раздумыванию (0,528; категория Des, «Hand-тест»), самообвинением, чувством вины (0,525; итропунитивные реакции I, тест С. Розенцвейга), напряжённостью, фрустрационной тревожностью, «взвинченностью», требующей разрядки и мешающей расслабиться (0,503; фактор Q4, 16-ФЛО). На отрицательном полюсе пятого фактора расположены экстрапунитивное реагирование (-0,819; E-реакции, тест С. Розенцвейга), фиксация на препятствии (-0,748; OD-реакции, тест С. Розенцвейга) и самозащите (-0,636; ED-реакции, тест С. Розенцвейга), а также возбудимый тип акцентуации (-0,572). Описанные особенности характерны для сотрудников ОВД, обладающих лидерскими качествами и демонстрирующих рациональное поведение в стрессовых ситуациях обычной (мирной) деятельности, но в особых условиях службы повышенные эмоциональные затраты, вероятно, не компенсируются привычными копинг-стратегиями. Противоречивый характер эмоциональных переживаний может быть объяснен комбинаторным взаимодействием стенических и астенических эмоций, состоянием дискомфорта, фрустрированности, последствиями боевого стресса, а также тенденцией скрыть от психолога свои реальные (или бессознательно вытесненные) проблемы под социальной желательностью ответов. Перечисленные личностные характеристики могут привести к затруднению планомерной деятельности, социального взаимодействия и нарушению профессиональной адаптации (-0,615; КГА, тест С. Розенцвейга), а также к риску психосоматических расстройств (как возможного канала отреагирования фрустрационного возбуждения), поэтому являются показателем к индивидуальной и групповой психологической коррекции сотрудников ОВД.

Шестой фактор – «застревающе-посттравматический» (7,57 % дисперсии) – отражает взаимосвязь застревающего типа акцентуации (0,863); эгоцентричности, подозрительности, настороженности к людям (0,823; фактор L, 16-ФЛО), проницательности, расчетливости (0,767; фактор N, 16-ФЛО) с симптомами «вторжения» ПТСР (0,659; ОТС); циклотимией (0,640); доминантностью, упрямством, конфликтностью (0,619; фактор E, 16-ФЛО); проблемами со здоровьем (0,634; категория Crip, «Hand-тест»), тревожностью, ипохондричностью (0,586; фактор O, 16-ФЛО); нарушением сексуальной адаптации (0,542; 5-я шкала СМИЛ); социальной интроверсией (0,499; 0-я шкала СМИЛ); пассивностью (0,477; категория Pas, «Hand-тест»); фрустрационной фиксацией на самозащите (0,462; категория ED, тест С. Розенцвейга), склонностью к эмоциональной амбивалентности, раздумыванию, переживанию вместо активной деятельности, направленной на решение проблемы (0,454; категория Des, «Hand-тест»). Перечисленные личностные особенности могут служить факторами риска затяжного течения ПТСР и почвой для соматизации внутриличностного конфликта, поэтому также нуждаются в своевременной медико-психологической реабилитации.

Результаты и обсуждение

Таким образом, в структуре психологических последствий контртеррористической деятельности «посттравматический» фактор (21,4 % дисперсии) и «застревающе-посттравматический» фактор (7,57 % дисперсии) включают симптомы ПТСР. Данные результаты совпадают с исследованиями отечественных и зарубежных авторов, которые подтверждают риск развития ПТСР у сотрудников ОВД в диапазоне от 5 % до 40 % в зависимости от интенсивности психотравмирующего воздействия, а также отдаленности боевой психотравмы от периода измерения ее последствий. Так, Е. Г. Ичитовкина с соавторами установила, что у сотрудников ОВД, обследованных через 45 суток после возвращения из зоны проведения контртеррористической операции, ПТСР было диагностировано в 39,9 % случаев [14]. В. А. Сергеев, Л. В. Грачева выявили у 33,3% сотрудников ОВД (n = 120) отдельные признаки хронического ПТСР с высоким уровнем интенсивности симптомов, а также стойкую непсихотическую психопатологическую симптоматику спустя 5 и более лет после участия в боевых действиях [15]. В зарубежных исследованиях было обнаружено, что показатели распространенности ПТСР, связанного с вооруженными конфликтами, варьируются в зависимости от регионов и, как правило, чаще возникают после прямого воздействия психотравмирующих факторов. Н. Т. Фэр, М. Джонс, Д. Мерфи с соавторами в когортном исследовании психических последствий многократного развертывания в Ираке и Афганистане вооруженных сил Великобритании (в период с 2003 по 2009 гг.) установили, что наиболее часто среди военнослужащих регистрировались симптомы распространенных

психических расстройств (19,7 %, n = 1 908) и злоупотребление алкоголем (13,0 %, n = 1 323), в то время как распространенность ПТСР была низкой (4 %, n = 376). Однако проявления симптомов ПТСР зависели от интенсивности боевых действий и возрастали со временем, прошедшим с момента возвращения из командировки [4]. Исследование, проведенное в Нигерии А. Н. Эдех, Р. Увакве с коллегами, показало, что уровень распространенности ПТСР составляет 16,3 % в общине Уикпиам, непосредственно участвовавшей в вооруженном конфликте, и 4,3 % в сообществе Дауду, подвергнувшись косвенному воздействию психической травматизации [16]. А. Ю. Шалев, Р. Туваль с коллегами провели исследование после 10 месяцев эскалации военных действий против гражданского населения в Израиле. Выборку составили взрослые, проживающие в двух пригородах Иерусалима, один из которых часто и непосредственно подвергался террористическим актам (n = 167), а другой – косвенно (n = 89). В обеих группах отмечались сопоставимые показатели симптомов ПТСР (DSM-V, критерии от В до D): 26,95 % среди группы прямого воздействия и 21,35 % в группе косвенного воздействия, при этом более трети испытуемых с симптомами ПТСР сообщили о значительном дистрессе и дисфункции (35,7 % в группе прямого воздействия и 31,5% в группе косвенного воздействия) [17].

«Гипертимно-конформный», «демонстративно-невротический», «ригидно-аффективный», «непродуктивного фрустрационного реагирования» «застравающе-посттравматический» факторы психологических последствий контртеррористической деятельности отражают многообразие проявлений «подпорогового» ПТСР и «защитно-адаптивного» типа стрессового реагирования, который был выявлен (путем иерархической кластеризации) у сотрудников ОВД, в отдаленный реадaptационный период после выполнения служебно-боевых задач в особых условиях. «Посттравматический» фактор отражает высокий риск дезадаптации, личностной дисгармонии и соответствует «негативному (пограничному) типу последствий участия в контртеррористической операции» [2, с. 165–166]. Установленные последствия требуют первоочередного внимания психологов подразделения к данной категории сотрудников ОВД, свидетельствуют о наличии показаний к медико-психологической реабилитации, поскольку они нарушают здоровье, качество жизни и надежность деятельности в особых условиях, увеличивают риск психосоматических заболеваний, а при отсутствии своевременной психологической помощи и поддержки семьи могут стать почвой для развития зависимости от психоактивных веществ.

Этот тезис подтверждается исследованиями отечественных и зарубежных авторов. А. А. Рассоха, А. Г. Соловьев с соавторами обследовали 106 пенсионеров-комбатантов, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях, и выявили, что «психосоматические расстройства в форме гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки встречались в 61,3 % случаев» [1, с. 21]. Авторы утверждают, что «стрессовые условия служебной деятельности, связанные с участием в локальных вооруженных конфликтах, на фоне преморбидно выраженного невротического контроля поведения, ригидности установок, пессимистичности и социальной интравертированности способствуют формированию у пенсионеров-комбатантов коморбидных расстройств аффективного и тревожного спектра, пограничных психических и психосоматических расстройств» [1, с. 23]. Дж. Мойе, А. П. Кайзер с соавторами исследовали ветеранов вооруженных сил США в возрасте 60 лет и старше. Они установили, что у 9,6 % ветеранов было подпороговое ПТСР и у 1,9 % – полное ПТСР. У ветеранов с подпороговым и полным ПТСР чаще выявлялись депрессия, отчуждение от близких, повышенный гнев и агрессия, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, попытки самоубийства, несуицидальные самоповреждения и суицидальные мысли, а также частая заболеваемость, низкое психическое, когнитивное и физическое функционирование [18]. Л. М. Френч, Т. А. Брикелл с соавторами исследовали 596 военнослужащих через 12 и более месяцев после неосложненной легкой черепно-мозговой травмы и выявили линейную зависимость между тяжестью ПТСР и нейроповеденческим функционированием. Авторы установили, что симптомы ПТСР оказывают значительное негативное влияние на качество жизни, поэтому нуждаются в реабилитации, независимо от самого диагноза и степени выраженности симптомов (на уровне диагностируемого или подпорогового ПТСР) [19].

Заключение

Выявленная структура психологических последствий участия в контртеррористической операции, отражающая взаимосвязи личностных особенностей сотрудников ОВД с симптомами посттравматического стрессового расстройства, позволяет повысить эффективность дифференцированного подхода к медико-психологической реабилитации в зависимости от направления и степени выраженности снижения адаптационных возможностей личности.

1. В структуре психологических последствий контртеррористической деятельности определяются шесть факторов, два из которых включают симптомы ПТСР: «посттравматический» фактор (21,4 %) и «застревающе-посттравматический» фактор (7,57 %) с суммарной информативностью 28,97 %. Входящие в их состав признаки личностной дисгармонии и несовершенной социальной адаптации, а также предикторы, способствующие затяжному течению ПТСР (высокий уровень невротичности, тревожных, зависимых личностных черт; трудностей групповой адаптации, конфликтности в межличностных отношениях), требуют углубленного обследования специалистов для констатации донозологического уровня проявлений или уточнения степени тяжести посттравматического стресса, являются показанием для проведения своевременных и разноплановых мероприятий медико-психологической реабилитации.

2. Выявленные признаки «подпорогового» (донозологического) ПТСР в виде отдельных симптомов и характерных личностных черт (пессимистичность, психастения, невротический контроль, ригидность, импульсивность, агрессивность, циклотимия, эмоциональная амбивалентность, «застревание» на аффекте, фрустрационная фиксация на самозащите, тревожность, подозрительность, ранимость, сензитивность, чувство вины, социальная интроверсия, пассивность, эгоцентричность), которые входят в состав пяти из шести факторов («посттравматического», «непродуктивного фрустрационного реагирования», «демонстративно-невротического», «ригидно-аффективного», «застревающе-посттравматического») и объясняют 69,83 % суммарной дисперсии, также нуждаются в психокоррекции и реабилитации.

3. В рамках медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД целесообразно учитывать не только наличие, степень выраженности симптомов ПТСР, клиничко-биологические и психолого-социальные предикторы его затяжного течения, но и признаки «подпорогового» (донозологического) ПТСР. Они представляют собой характерные личностные черты, которые формируются вследствие адаптационных, компенсирующе-защитных реакций на особые условия жизни и деятельности, на фоне длительного воздействия факторов боевого стресса, и зачастую воспринимаются ведомственными психологами как индивидуальное своеобразие характерологических особенностей сотрудника, без учета его преморбидного личностного профиля.

В таблице 1 представлена структура психологических последствий контртеррористической деятельности, психотерапевтические «мишени» воздействия и предлагаемые мероприятия по психологической реабилитации сотрудников ОВД. Данные мероприятия не являются всесторонне исчерпывающими, но могут сориентировать ведомственных психологов в направлениях и видах оказания психологической помощи.

Таблица 1

Структура психологических последствий контртеррористической деятельности, психотерапевтические «мишени» воздействия и мероприятия психологической реабилитации сотрудников ОВД

Структура психологических последствий	Психотерапевтические «мишени» воздействия	Мероприятия психологической реабилитации
<p>Факторы 1, 6: «посттравматический» (21,4 %) и «застревающе-посттравматический» (7,57 %)</p>	<p>1. Симптомы ПТСР*: вторжение, избегание, гиперактивность, дистресс. 2. Личностные черты: пессимистичность, психастения, импульсивность, циклотимия, эмоциональная амбивалентность, «застревание» на аффекте, негативных мыслях, опасениях, фрустрационная фиксация на самозащите, тревожность, подозрительность, осторожность, сензитивность, чувство вины, социальная интроверсия, формализм в отношениях с людьми, отгороженность, пассивность, эгоцентричность, ипохондрия 3. Психосоматические заболевания.</p>	<p>1. Психотерапия ПТСР: когнитивно-поведенческая (КПТ), сфокусированная на травме (в т. ч. нарративная экспозиционная, когнитивно-процессуальная, когнитивно-бихевиоральная, ДПДГ, систематическая десенсибилизация), телесно-ориентированная, техники краткосрочной позитивной психотерапии; гештальт- и арт-терапия, релаксационная визуализация; техника вскрывающих интервенций; трансформация образа в сочетании с фокусированием; метод двойной диссоциации; техника эмоционального освобождения, символдрама, патогенетическая психотерапия, семейная психотерапия и др. 2. Психокоррекция страхов, чувства вины, неконструктивных и дезадаптивных установок, эмоционального состояния (КПТ, рефлекс- и ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, массаж,</p>

Продолжение таблицы 1

Структура психологических последствий	Психотерапевтические «мишени» воздействия	Мероприятия психологической реабилитации
		<p>акупунктура, бальнеопроцедуры и др.), обучение методам психической саморегуляции с использованием системы БОС**.</p> <p>3. Лечение соматической и коморбидной патологии (фармакотерапия, физиотерапия и др.).</p> <p>4. Рекомендованы здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения, дозированные физические нагрузки.</p>
<p>Факторы 2, 3, 5: «демонстративно-невротический» (16,54 %), «ригидно-аффективный» (12,65 %), «непродуктивного фрустрационного реагирования» (11,67%)</p>	<p>Личностные черты: невротический контроль, истероидность, эмоциональная лабильность, раздражительность, импульсивность, склонность к риску, низкий волевой самоконтроль, дистимия, уклонение от личной ответственности, низкая эмпатия, формализм во взаимоотношениях, затруднение социальной адаптации; ригидность, агрессивность, экзальтированность, эмоциональная амбивалентность, директивность, эгоцентричность, жесткость, конфликтность, фрустрационная тревожность, импунитивные фрустрационные реакции с отрицанием личной ответственности, игнорированием проблем и ожиданием, что ситуация разрешится самостоятельно.</p>	<p>1. Психокоррекция конфликтного сочетания противоречивых личностных черт, неконструктивных и дезадаптивных установок, эмоционального состояния: КПТ (рационально-эмотивная психотерапия А. Эллиса, программа повышения субъективного благополучия М. Э. Селигмана; метод когнитивного реконструирования Дж. Фава; диалектическая поведенческая терапия М. Линехана и др.), тренинг преодоления тревоги, личностного роста, обучение приемам психической саморегуляции, система БОС, релаксационные и физиопроцедуры.</p> <p>2. Лечение психосоматических заболеваний.</p> <p>3. Рекомендованы здоровый образ жизни, соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон, занятия спортом.</p>
<p>Фактор 4: «гипертимно-конформный» (12,06 %)</p>	<p>Личностные черты: недостаточный волевой самоконтроль, импульсивность, возбудимость, хаотичная стрессовая гиперактивность, беспечность, демонстративность, защитный механизм отрицания.</p>	<p>1. Психологическая коррекция личностных черт, система биологической обратной связи, релаксационные и физиопроцедуры, обучение методам психической саморегуляции.</p> <p>2. Рекомендованы здоровый образ жизни, активный отдых, спорт.</p>
<p>Примечания: * ПТСР – посттравматического стрессового расстройства. ** БОС – биологическая обратная связь.</p>		

4. Предлагаемые выше мероприятия не претендуют на всеобъемлющий характер, но отражают системный подход, многообразие современных направлений психокоррекции и реабилитации ПТСР. Важно помнить, что лечением нозологически установленного ПТСР занимается врач-психотерапевт или врач-психиатр, предварительный диагноз может поставить врач общей практики, врач-невролог, но наличие «подпорогового» ПТСР может заподозрить и психолог (в т. ч. ведомственный, клинический и др.), используя методы наблюдения, беседы и проведя необходимые диагностические исследования. В данном случае особенно важны внимательное отношение, заинтересованность специалиста, высокая квалификация и наличие у ведомственного психолога компетенций в области оказания посттравматической помощи. Решающее значение для эффективности психокоррекции и реабилитации имеют раннее начало, оперативность, комплексность и адекватность проводимых мероприятий, системный и патогенетический подход (с учетом выраженности коморбидной патологии, психофизиологических и социально-психологических аспектов

формирования последствий), а также гармонизация семейных отношений, формирование положительных установок на реабилитацию и мотивации на активную работу с психологом у сотрудников ОВД.

5. Полученные эмпирические результаты имеют перспективы для дальнейших исследований на выборке сотрудников сводных отрядов полиции, направляемых в новые субъекты Российской Федерации, с целью выявления предикторов, способствующих или препятствующих формированию симптомов ПТСР (например, преморбидных личностных особенностей, мотивации, с учетом частоты и длительности психической травматизации, суммарного травматического опыта, сложности и напряженности оперативно-служебной деятельности, социальных и психофизиологических факторов, и др.).

Список литературы

1. Рассоха А. А., Соловьев А. Г., Ичитовкина Е. Г., Злоказова М. В. Влияние преморбидных личностных особенностей на формирование пограничных психических и психосоматических расстройств у пенсионеров-комбатантов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – № 121 (8). – С. 19–24; <https://doi.org/10.17116/jnevro202112108119>.

2. Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции : монография. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2020. – 232 с.

3. Cox K. S., Resnick H. S., Kilpatrick D. G. Prevalence and correlates of posttrauma distorted beliefs: evaluating DSM-5 PTSD expanded cognitive symptoms in a national sample // Journal of Traumatic Stress. – 2014. – № 27 (3) – P. 299–306; <https://doi.org/10.1002/jts.21925>.

4. Fear N. T., Jones M., Murphy D., Hull L. [et al.]. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study // The Lancet. – 2010. – Vol. 375, no. 9728. – P. 1783–1797; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60672-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60672-1).

5. Matthews L. R., Alden L. E., Wagner Sh., Carey M. G. [et al.]. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety in personnel working in emergency department settings: a systematic review // The Journal of Emergency Medicine. – 2022. – Vol. 62, no. 5. – P. 617–635; <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.010>.

6. Merians A. N., Spiller T., Harpaz-Rotem I., Krystal J. H. [et al.]. Post-traumatic Stress Disorder // Medical Clinics of North America. – 2023. – Vol. 107, no. 1. – P. 85–99; <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.003>.

7. Elhai J. D., Palmieri P. A. The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research // Journal of Anxiety Disorders. – 2011. – Vol. 25, no. 6. – P. 849–854; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.007>.

8. McLaughlin K. A., Koenen K. C., Friedman M. J., Ruscio A. M. [et al.]. Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys // Biological Psychiatry. – 2015. – Vol. 77, no. 4. – P. 375–384; <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028/>

9. Cukor J., Wyka K., Jayasinghe N., Difede J. A. The nature and course of subthreshold PTSD // Journal of Anxiety Disorders. – 2010. – Vol. 24, no. 8. – P. 918–923; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.017/>.

10. Kehle-Forbes Sh. M., Nelson D., Norman S. B., Schnurr P. P. [et al.]. Comparative effectiveness of trauma-focused and non-trauma-focused psychotherapy for PTSD among veterans with comorbid substance use disorders: Protocol & rationale for a randomized clinical trial // Contemporary Clinical Trials. – 2022. – Vol. 120. – 106876; <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106876>. – URL: www.elsevier.com/locate/conclintrial.

11. Lewis C., Roberts N. P., Andrew M., Starling E. [et al.]. Psychological therapies for posttraumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis // European Journal of Psychotraumatology. – 2020. – Vol. 11, no. 1. – P. 1729633; doi:10.1080/20008198.2020.1729633. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1729633>.

12. Демкин А. Д., Иванов В. В., Круглов В. И. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств // Известия Российской Военно-Медицинской академии. 2019. – Т. 38, № 3. – С. 125–131; <https://doi.org/10.17816/RMMAR26080-20224>.

13. Cusack K., Jonas D. E., Forneris C. A., Wines C. [et al.]. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis // Clinical Psychology Review. – 2016. – Vol. 43. – P. 128–141; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>.

14. Ичитовкина Е. Г., Злоказова М. В., Соловьев А. Г. Эффективность медико-психологической реабилитации комбатантов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 5 (113). – С. 42–47.

15. Сергеев В. А., Грачева Л. В. Анализ клинко-психопатологических и психосоциальных проявлений отдаленных последствий боевой психической травмы // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 22–32. <https://doi.org/10.34883/pi.2020.11.1.002>.

16. Edeh A. N., Uwakwe R., Obindo T. J., Agbir M. T. [et al.]. A comparative study of posttraumatic stress disorder in two post-conflict communities in Benue state Nigeria // Dialogues in Health. – 2023. – Vol. 71, no. 2. – P. 100105; <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100105> Get rights and content. – URL: www.elsevier.com/locate/dialog.

17. Shalev A. Y., Tuval R., Frenkiel-Fishman S., Hadar H. [et al.]. Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel // American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, no. 4. – P. 667–673; <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.667>.

18. Moye J., Kaiser A. P., Cook J., Pietrzak R. H. Post-traumatic Stress Disorder in Older U.S. Military Veterans: Prevalence, Characteristics, and Psychiatric and Functional Burden // The American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2022. – Vol. 30, no. 5. – P. 606–618; <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.10.011>.

19. French L. M., Brickell T. A., Lippa S. M., Rogers A. A. [et al.]. Clinical relevance of subthreshold PTSD versus full criteria PTSD following traumatic brain injury in U.S. service members and veterans // Journal of Affective Disorders. – 2024. – Vol. 358. – P. 408–415; <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.015>.

References

1. Rassokha A. A., Solov'yev A. G., Ichtovkina Ye. G., Zlokazova M. V. Vliyaniye premorbidnykh lichnostnykh osobennostey na formirovaniye pogranychnykh psikhicheskikh i psikhosomaticheskikh rasstroystv u pensionerov-kombatantov // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S. S. Korsakova. – 2021. – № 121 (8). – С. 19–24; <https://doi.org/10.17116/jnevro202112108119>.

2. Strel'nikova Yu. Yu. Psikhologicheskiye posledstviya uchastiya sotrudnikov organov vnutrennikh del v kontrterroristicheskoy operatsii : monografiya. – Sankt-Peterburg: Sankt-Peterburgskiy universitet MVD Rossii, 2020. – 232 s.

3. Cox K. S., Resnick H. S., Kilpatrick D. G. Prevalence and correlates of posttrauma distorted beliefs: evaluating DSM-5 PTSD expanded cognitive symptoms in a national sample // Journal of Traumatic Stress. – 2014. – № 27 (3) – P. 299–306; <https://doi.org/10.1002/jts.21925>.

4. Fear N. T., Jones M., Murphy D., Hull L. [et al.]. What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study // The Lancet. – 2010. – Vol. 375, no. 9728. – P. 1783–1797; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60672-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60672-1).

5. Matthews L. R., Alden L. E., Wagner Sh., Carey M. G. [et al.]. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety in personnel working in emergency department settings: a systematic review // The Journal of Emergency Medicine. – 2022. – Vol. 62, no. 5. – P. 617–635; <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.09.010>.

6. Merians A. N., Spiller T., Harpaz-Rotem I., Krystal J. H. [et al.]. Post-traumatic Stress Disorder // Medical Clinics of North America. – 2023. – Vol. 107, no. 1. – P. 85–99; <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.003>.

7. Elhai J. D., Palmieri P. A. The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research // Journal of Anxiety Disorders. – 2011. – Vol. 25, no. 6. – P. 849–854; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.007>.

8. McLaughlin K. A., Koenen K. C., Friedman M. J., Ruscio A. M. [et al.]. Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys // Biological Psychiatry. – 2015. – Vol. 77, no. 4. – P. 375–384; <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028/>

9. Cukor J., Wyka K., Jayasinghe N., Difede J. A. The nature and course of subthreshold PTSD // Journal of Anxiety Disorders. – 2010. – Vol. 24, no. 8. – P. 918–923; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.017/>.

10. Kehle-Forbes Sh. M., Nelson D., Norman S. B., Schnurr P. P. [et al.]. Comparative effectiveness of trauma-focused and non-trauma-focused psychotherapy for PTSD among veterans with comorbid substance use disorders: Protocol & rationale for a randomized clinical trial // Contemporary Clinical Trials. – 2022. – Vol. 120. – P. 106876; <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106876>. – URL: www.elsevier.com/locate/conclintrial.

11. Lewis C., Roberts N. P., Andrew M., Starling E. [et al.]. Psychological therapies for posttraumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis // European Journal of Psychotraumatology. – 2020. – Vol. 11, no. 1. – P. 1729633; doi:10.1080/20008198.2020.1729633. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2020.1729633>.

12. *Demkin A. D., Ivanov V. V., Kruglov V. I.* Novyye metody reabilitatsii voyennosluzhashchikh s boyevoy psikhicheskoy travmoy v armiyakh zarubezhnykh gosudarstv // *Izvestiya Rossiyskoy Voenno-Meditsinskoy akademii.* 2019. – T. 38, № 3. – S. 125–131; <https://doi.org/10.17816/RMMAR26080-20224>.

13. *Cusack K., Jonas D. E., Forneris C. A., Wines C. [et al.]*. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis // *Clinical Psychology Review.* – 2016. – Vol. 43. – P. 128–141; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>.

14. *Ichitovkina Ye. G., Zlokazova M. V., Solov'yev A. G.* Effektivnost' mediko-psikhologicheskoy reabilitatsii kombatanov // *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S. S. Korsakova.* – 2013. – № 5 (113). – S. 42–47.

15. *Sergeyev V. A., Gracheva L. V.* Analiz kliniko-psikhopatologicheskikh i psikhosotsial'nykh proyavleniy otdalennykh posledstviy boyevoy psikhicheskoy travmy // *Psikhiiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya.* – 2020. – T. 11, № 1. – S. 22–32. <https://doi.org/10.34883/pi.2020.11.1.002>.

16. *Edeh A. N., Uwakwe R., Obindo T. J., Agbir M. T. [et al.]*. A comparative study of posttraumatic stress disorder in two post-conflict communities in Benue state Nigeria // *Dialogues in Health.* – 2023. – Vol. 71, no. 2. – P. 100105; <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100105> Get rights and content. – URL: www.elsevier.com/locate/dialog.

17. *Shalev A. Y., Tuval R., Frenkiel-Fishman S., Hadar H. [et al.]*. Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel // *American Journal of Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163, no. 4. – P. 667–673; <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.667>.

18. *Moye J., Kaiser A. P., Cook J., Pietrzak R. H.* Post-traumatic Stress Disorder in Older U.S. Military Veterans: Prevalence, Characteristics, and Psychiatric and Functional Burden // *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* – 2022. – Vol. 30, no. 5. – P. 606–618; <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.10.011>.

19. *French L. M., Brickell T. A., Lippa S. M., Rogers A. A. [et al.]*. Clinical relevance of subthreshold PTSD versus full criteria PTSD following traumatic brain injury in U.S. service members and veterans // *Journal of Affective Disorders.* – 2024. – Vol. 358. – P. 408–415; <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.015>.

Статья поступила в редакцию 14.05.2024; одобрена после рецензирования 22.08.2024; принята к публикации 12.09.2024.

The article was submitted May 14, 2024; approved after reviewing August 22, 2024; accepted for publication September 12, 2024.