

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»


РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, главный врач ЧОКБ

 Д.А. Альтман
21.01 2016 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

 М.А. Бербин
21.01 2016 г.

Психотравмирующие факторы и аффективные нарушения
в структуре посттравматических расстройств
у комбатантов

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ-030300.2016.135.ПЗ ВКР


Руководитель работы,
к.м.н., доцент кафедры
клинической психологии

 М.А. Бербин
21.01 2016 г.

Автор работы,
студент группы ПМЗ-320

 Е.А. Карпова
21.01 2016 г.

Нормоконтролер,
преподаватель кафедры
клинической психологии

 А.В. Новохацки
28.01 2016 г.

Челябинск 2016

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южно-Уральский государственный университет»
(национальный исследовательский университет)
Факультет «Психология»
Кафедра «Клиническая психология»
Направление «Психология»

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой
Сел/з М.А. Бербин
21.01 2016 г.

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студента
Карповой Елены Анатольевны

Группа ПМЗ–320

1 Тема работы

Психотравмирующие факторы и аффективные нарушения в структуре
посттравматических расстройств у комбатантов
утверждена приказом по университету от 30.12.2015 г. № 2630

2 Срок сдачи студентом законченной работы 14.01.2016 г.

3 Исходные данные к работе

Необходимость изучения индивидуального содержания психотравмы через
15–20 лет после участия в боевых действиях с целью создание системы клинико-
психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных
вооруженных конфликтов и системы отбора контингента пациентов госпиталей
для ветеранов войн.

4 Перечень вопросов, подлежащих разработке:

1. На основании материалов и опыта теоретического, пилотного и предшествующего клинического исследования разработать систему клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных вооруженных конфликтов.

2. Создать по результатам клинического исследования клинико-психологический инструментарий для оценки у комбатантов общих и специфических характеристик психотравмирующих факторов воинской службы, а также отобрать совокупность тестовых психодиагностических методик для исследования клинической картины ПТСР и аффективных нарушений в ее структуре.

3. Разработать программу исследования психотравмирующих факторов воинской службы в их связи с данными тестовой психодиагностики.

4. Провести на выборке комбатантов исследование психотравмирующих факторов, возможного наличия ПТСР, аффективных нарушений и провести анализ результатов.

5. Предложить систему скрининг-диагностики групп риска профессиогенного ПТСР среди комбатантов для формирования отбора контингента пациентов госпиталей для ветеранов войн.

5 Иллюстративный материал: в качестве иллюстративного материала использован альбом иллюстраций, в котором представлены основные результаты исследования в виде таблиц (в количестве 7). А также использована презентация в формате Power Point, в которой отражены основные компоненты работы и результаты исследования.

Общее количество иллюстраций: 17

6 Дата выдачи задания 20.10.2013 г.

Руководитель _____ М.А. Берebin

(подпись)

Задание принял к исполнению _____ Е.А. Карпова

(подпись студента)

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН

Наименование этапов выпускной квалификационной работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка о выполнении руководителя
Определение направления и тематики работы	20.10.2013–10.01.2014	См/з
Формулировка задания к работе	11.01.2014–11.02.2014	См/з
Поиск и обзор литературы	12.02.2014–15.07.2014	См/з
Оформление теоретической части работы	16.07.2014–17.08.2014	См/з
Определение целей, задач и гипотез исследования	18.08.2014–18.09.14	См/з
Разработка плана и дизайна исследования	19.09.14–28.10.2014	См/з
Проведение исследования	01.11.2014–01.05.2015	См/з
Обработка результатов	02.05.2015–23.07.2015	См/з
Обобщение экспериментальных данных	24.07.2015–01.09.2015	См/з
Качественный анализ результатов исследования	02.09.2015–21.11.2015	См/з
Оформление дипломной работы	22.11.2015–13.01.2016	См/з
Сдача законченной работы	14.01.2016	См/з

Заведующий кафедрой _____ /М.А. Берebin/
 (подпись)

Руководитель работы _____ /М.А. Берebin/
 (подпись)

Студент _____ /Е.А Карпова/
 (подпись)

АННОТАЦИЯ

Карпова Е.А. Психотравмирующие факторы и аффективные нарушения в структуре посттравматических расстройств у комбатантов.— Челябинск: ЮУрГУ, ПМЗ–320, 81 с., 1 ил., 25 табл., библиогр. список – 62 наим., 2 прил., 1 л.

Основной целью исследования является установление системных соотношений психотравмирующих обстоятельств военной службы при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов с характером посттравматических стрессовых и, в частности, аффективных расстройств у комбатантов.

В теоретической части раскрыты существующие подходы к данной проблеме, рассмотрены основные понятия служебно-боевой деятельности с позиции характеристики их как факторов боевой травматизации для психики комбатантов.

В исследовательской части работы изучено индивидуальное содержание психотравмы, способы совладания со стрессом в служебно-боевой обстановке, особенности поведения комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни. Проведена оценка выраженности симптоматики ПТСР, уровня тревожных и депрессивных нарушений в структуре аффективной сферы комбатантов.

Основным результатом работы является создание системы клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных вооруженных конфликтов.

Обозначения и сокращения

БПТ – боевая психическая травма

БМП – боевая машина пехоты

ВДВ – Воздушно-десантные войска

ВС МО РФ – Вооруженные Силы Министерства Обороны Российской Федерации

ГБУЗ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ГосНИИ – государственный научно-исследовательский институт

ГРУ – Главное разведывательное управление

Д – депрессия

ИТТ – интегративный тест тревожности

КТО – контртеррористическая операция

ЛТ – личностная тревожность

НВФ – незаконные вооруженные формирования

ОКИ – общее клиническое интервью

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

ПТ – показатель психотравмы

ПБ – суммарный показатель факторов совладания со стрессом

ПБ АД – показатель аддиктивных факторов совладания со стрессом

ПБ 3 – показатель седативного фактора

ПБ СОЦ – показатель социальных адаптивных факторов совладания со стрессом

ПП 1 – показатель факторов аддиктивного поведения

ПП АС – показатель факторов астенического синдрома

ПП ДП – показатель факторов дезадаптивного поведения

ПП КП – показатель факторов комбатантной психопатологии

СКИ – специализированное клиническое интервью

Спецназ – войска специального назначения

СТ – ситуативная тревожность

ЧОКТГВВ – Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ВОЙНЫ	
1.1 Опыт исследования психологических последствий войны у комбатантов. Понятие о психотравме.....	13
1.2 Изучение психологических характеристик участников современных локальных войн. Формирование концепции ПТСР.....	20
1.3 Основные характеристики служебно-боевой деятельности, приводящей к боевой психотравматизации комбатантов.....	27
2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ	
2.1 Цель, задачи, предмет, объект, гипотеза исследования	35
2.2 Описание методик, используемых в исследовании.....	36
2.3 Описание выборки испытуемых.....	40
2.4 Условия и дизайн исследования.....	41
2.5 Методы математической обработки данных.....	42
3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	
3.1 Анализ результатов клинико-психологического исследования.....	44
3.2 Анализ результатов специализированного клинического интервьюирования и тестирования по опросниковым методикам.....	53
ВЫВОДЫ.....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	64
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	71
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	79

ВВЕДЕНИЕ

Современная политическая ситуация в мире характеризуется возрастающим количеством экстремальных событий различного масштаба и характера. Увеличивается число участников этих событий. Вторая половина XX и начало XXI века ознаменованы более чем двумя десятками локальных войн и военных конфликтов на территории бывшего СССР и за его пределами (Грузия и Абхазия, Армения, Приднестровье, Таджикистан Афганистан, Вьетнам, Египет, Йемен, Сирия, Южный Судан, Ангола, Сомали и др.), в которых принимали участие наши соотечественники. Наиболее значимыми по продолжительности и числу участников для России стали военные конфликты в Афганистане и Чечне.

Психологические последствия войны могут проявляться не сразу после возвращения в мирные условия, а спустя некоторое время. Важность изучения психологических последствий войны определяется необходимостью предвидения результатов воздействия психотравмирующих факторов на психику людей, а также задачами организации психологической помощи комбатантам.

На сегодняшний день сохранение психического здоровья комбатантов, участвовавших в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является актуальной государственной задачей. Психолого-психиатрические последствия боевой психической травмы (БПТ), особенно в контексте медико-реабилитационных задач, становятся зоной взаимного научного и практического интересов как гражданских, так и военных специалистов [1, 2].

Наблюдаемая в последние десятилетия тенденция параллельного роста заболеваний сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, вегетососудистая дистония, цереброваскулярные заболевания), заболеваний органов пищеварения, дыхания и расстройств адаптации после пролонгированных травматических событий, отставленных по времени, а также признание роли стресса и постстрессовых расстройств в более раннем формировании и прогрессивном течении соматических, в т. ч. системных сосудистых заболеваний, делают необходимым дальнейшее качественное

изучение данной проблемы, включающее не только разработку и внедрение эффективных диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, но и всестороннее изучение актуального психологического состояния комбатантов в отдаленный период после психотравмы с включением их в систему психологической коррекционной работы и пролонгированного психологического сопровождения [6].

В данном катанестическом исследовании представлена характеристика психотравмирующих факторов и аффективных нарушений в структуре посттравматических расстройств у комбатантов.

Объект исследования – отдаленные последствия боевой психотравматизации военнослужащих.

Предмет исследования – факторы боевой психотравматизаций военнослужащих в условиях локального вооруженного конфликта на территории собственной страны, клинико-психологические особенности ее последствий.

Цель исследования – установить методом ретроспективного исследования системные соотношения психотравмирующих обстоятельств военной службы при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов на территории Северного Кавказа с характером посттравматических стрессовых и, в частности, аффективных расстройств у комбатантов.

Гипотеза исследования – актуальное психологическое состояние комбатантов в отсроченный период после травмы определяется, среди прочего, факторами боевой психотравматизации, действующими при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов. Это составляет феноменологию профессиогенного ПТСР.

Задачи исследования:

1. На основании материалов и опыта теоретического, пилотного и предшествующего клинического исследования разработать систему клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных

вооруженных конфликтов, высоковероятно являющихся психотравмирующими для военнослужащих.

2. Создать по результатам клинического исследования клинико-психологический инструментарий для оценки у комбатантов общих и специфических характеристик психотравмирующих факторов воинской службы, а также отобрать совокупность тестовые психодиагностических методик для исследования клинической картины ПТСР и аффективных нарушений в ее структуре.

3. Разработать программу исследования психотравмирующих факторов воинской службы в их связи с данными тестовой психодиагностики.

4. Провести на выборке комбатантов – военнослужащих ВС МО РФ, участвовавших в 1-й и 2-й чеченских кампаниях, исследование психотравмирующих факторов, возможного наличия ПТСР, аффективных нарушений и провести анализ результатов.

5. Предложить систему скрининг-диагностики групп риска профессиогенного ПТСР среди комбатантов для формирования отбора контингента пациентов специализированных медицинских организаций и госпиталей для ветеранов войн, в частности.

Научная проблематика исследования определяется недостаточностью проработки данной проблемы.

Концепция отсроченных реакций на травматический стресс составляет основу подхода к диагностике и коррекции психологических последствий войны.

Исследование носило катартистический характер. При его проведении использовались следующие методики: общее клиническое интервью; специализированное клиническое интервью; Миссисипская шкала ПТСР для участников боевых действий; интегративный тест тревожности (ИТТ); методика самооценки депрессивных состояний, разработанная В. Зунгом.

Полученные количественные результаты исследования были проанализированы с помощью методов описательной статистики, таблиц

сопряженности, диаграмм рассеивания, корреляционного анализа, регрессионного анализа. Проведено сравнение независимых выборок с помощью метода непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни). Расчеты проводили с помощью программных пакетов SPSS Statistics 17.0 и Excel.

Экспериментальной базой исследования являлся Центр психосоматической реабилитации участников локальных военных конфликтов и участников военных действий в Афганистане Челябинского областного клинического терапевтического госпиталя для ветеранов войн (ЧОКТГВВ).

В выборку испытуемых вошли 46 мужчин (комбатантов). Критериями включения в выборку стали наличие у них статуса участника боевых действий, статус военнослужащего Вооруженных Сил Министерства Обороны Российской Федерации (ВС МО РФ), опыт боевых столкновений (боевостолкновений) с незаконными вооруженными формированиями (НВФ).

Надежность и достоверность полученных результатов обеспечена теоретическим анализом поставленной проблемы, комплексным использованием апробированных в отечественной медицинской психологии методов и методик, сочетанием количественного и качественного анализа, применением методов математической статистики и подробным анализом выявленных закономерностей.

Практическая значимость исследования:

Госпиталь для ветеранов войн является головным учреждением по оказанию медицинской и психологической помощи ветеранам войн в челябинской области, на территории которой проживает около 32 тысяч ветеранов войн, из них 62 % являются ветеранами современных военных конфликтов [5].

Постепенное изменение контингента обслуживания в современных условиях, преобладание доли участников современных войн, ставит новые задачи перед госпиталем в организации оказания медицинской помощи, с обязательным включением звена психологической реабилитации. В связи с этим очевидно, что своевременная и квалифицированная диагностика последствий военного синдрома, уточнение психологической реальности и психологических

последствий войны, методов их выявления и коррекции будут способствовать качественной организации процесса медицинской и психологической реабилитации, выстраиванию гармоничных отношений между сотрудниками и пациентами госпиталя, способствовать повышению качества оказания медицинской и психологической помощи в госпиталях для ветеранов войн.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ВОЙНЫ

1.1 Опыт исследования психологических последствий войны у комбатантов. Понятие о психотравме

Во всех отечественных и зарубежных источниках информации делается акцент на то, что война формирует особый тип личности, особый тип психологии, которую можно определить как психологию комбатанта. Комбатантами в международном праве называют лиц, входящих в состав вооруженных сил и ведущих во время войны боевые действия против неприятеля [45].

За комбатантами признается право применять военную силу. К ним самим допустимо применение в ходе боевых действий высшей меры насилия, т. е. физического уничтожения. Комбатанты, оказавшиеся во власти противника, вправе требовать обращения с ними как с военнопленными. Категории лиц, относящиеся к комбатантам, их права и обязанности определены Гаагскими конвенциями 1899 и 1907 гг. (Конвенция о законах и обычаях сухопутной войны), Женевскими Конвенциями о защите жертв войны 1949 г. и Дополнительными протоколами к ним 1977 г. [30].

Действуя постоянно и непрерывно, стрессоры войны постепенно видоизменяют характер реакции бойца на окружающий мир, вызывают новые реакции, создают ряд условных рефлексов. Психоэмоциональный стресс войны относится к экстремальным по силе и действию стрессорам, по отношению к которым генерализованный адаптационный синдром как совокупность стереотипных, филогенетически сложившихся реакций организма утрачивает свое универсальное приспособительное значение [53].

Пребывание на войне, пролонгированное воздействие травмирующих стрессоров, выходящих за рамки обычного человеческого опыта, являются причинными факторами дезадаптационных расстройств у участников боевых действий после возвращения их к мирной жизни, которые принято обозначать терминологически как «военный невроз», «посттравматические стрессовые

расстройства» (ПТСР, или английская аббревиатура PTSD – posttraumatic stress disease) [36].

Универсальной формой активности человека в любых ситуациях, в том числе и экстремальных, выступает стресс. Термин стресс (напряжение) заимствован из физики твердого тела и характеризует напряжение, возникающее в таких телах при приложении к ним силы. В медицинской науке этот термин впервые использовал для описания общей неспецифической адаптационной реакции организма канадский ученый Ганс Селье: в ответ на действие разных по качеству, но сильных и неадекватных раздражителей в организме стандартно развивается один и тот же комплекс изменений, характеризующих эту реакцию, названную общим адаптационным синдромом [11, 42, 48].

По своей биологической природе стресс – это адаптивная реакция, возникающая под влиянием необычных, чрезвычайных или экстремальных воздействий на организм человека, способствующая приспособлению организма к новым условиям. Стрессовая реакция – это вариант адаптации к экстремальной ситуации. Адаптация происходит за счет мобилизации компенсаторных механизмов [12, 17, 55].

В момент стресса возникает состояние, при котором обеспечиваются лишь наиболее важные для организма функции. В конкретной экстремальной ситуации это единственная возможность выжить. Но при воздействии экстремальных факторов возникающие адаптационные реакции всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями. Нервная и эндокринная системы – основные регулирующие системы организма, поэтому изменение их функции вследствие стресса сопровождается изменениями со стороны практически всех остальных органов и систем организма. Помимо биологической составляющей (вегетативный и биохимический компоненты) важной составляющей стрессовой реакции является психосоциальная [24].

В зоне ведения боевых действий комбатанты подвергаются постоянному стрессу. Длительное напряжение биологических, физических, психологических функций закономерно приводит к истощению защитных сил организма и к травматизации психики.

Естественным психофизиологическим состоянием военнослужащих в боевой стрессовой ситуации, характеризующейся напряжением функциональных систем организма, являются адаптивные реакции. Эти реакции стресса, проявляющиеся на симптоматическом уровне в виде нарушений сна, утомляемости, раздражительности, вспыльчивости, легких вегетативных расстройств, эпизодического употребления алкоголя и других психоактивных веществ, в целом не лишают военнослужащих способности выполнять боевую задачу. Единственный кардинальный критерий отличия дезадаптивных психологических реакций от адаптивных заключается в том, что при них существенным образом нарушается психофизиологическое функционирование военнослужащих, ограничивая тем самым их боеспособность [17, 18].

Необходимость изучения психических нарушений в различных экстремальных ситуациях (вооруженные конфликты, войны, катастрофы и т. п.) исходит из общепризнанного положения об их выраженном психотравмирующем воздействии, которым обусловлено возможное развитие как психической, так и психосоматической патологии [13, 43, 50, 52].

Историческую справку о традициях исследования психологических последствий участия в войнах дают С.И. Съедин и Р.А. Абдурахманов. Одно из первых упоминаний о психотравме принадлежит историку Геродоту, который рассказал об афинском воине Эпизелосе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Лукреций впервые указал на реминисценции как основной элемент травматического невроза у воинов. Первое научное описание психического расстройства, вызванного тяжелой психической травмой и сходного с современным ПТСР, относится ко второй половине XVIII века [51].

Как указываю в историческом обзоре С.И. Съедин и Р.А. Абдурахманов, первые попытки научного осмысления психологических проблем участников и ветеранов войны были предприняты американскими врачами времен Гражданской войны. Та война по своим разрушительным возможностям и уровню психотравматизации участников приближалась к войнам XX века [51].

Русские врачи во время Русско-японской войны (1904–1905 гг.) первыми стали рассматривать психические проблемы солдат как следствие боевого стресса. Выявили и описали психические явления, наблюдавшиеся у русских воинов после выхода из боя: сновидения о боевых эпизодах, повышенную раздражительность, ослабление воли, ощущение разбитости. Было отмечено, что подобные психические явления могут наблюдаться через многие месяцы после выхода из боя. Утомление и потрясение рассматривали как главные причины душевных ран в бою [7–9].

Войну как главную причину неврозов и психоневрозов у русских солдат в Русско-японской войне рассматривал Аствацатуров М.И. [9].

По мнению Асташова А.Б., Первая мировая война была более психотравмирующей по сравнению с прежними войнами. Артиллерийская канонада целыми неделями, громадные потери живой силы, когда лишь один снаряд мог выводить из строя десятки человек. Позиционная война, означавшая многие недели и месяцы пребывания в грязных, сырых окопах в ожидании смерти, вызывали истощение нервной системы [7].

Во время первой мировой войны психологическую трактовку истерии, основанную на идее психической травмы, дали П. Жане, Й. Брейер и З. Фрейд, основываясь на психогенном учении Шарко и идеогенной трактовке Р. Мебиуса, П. Дюбуа [17].

В ответ на непреодолимые стрессовые события в жизни, полагал П. Жане, возникают такие интенсивные эмоциональные реакции, которые нарушают адаптивные способности личности и синтезирующие функции мозга. Травматические воспоминания диссоциируются и сохраняются в измененном

состоянии отдельно от обычных повседневных сознательных переживаний. Диссоциированные травматические воспоминания эмоционально перегружены и продолжают разрушать жизненную функциональность человека. П. Жане анализировал психические расстройства, которые называли «снарядным шоком», возникающие во время боевых действий у солдат. Он первым предложил схему помощи военнослужащим в стрессовой ситуации. До этого предлагаемая помощь только ухудшала состояние солдат, перенесших травму.

При психоаналитическом осознании природы «травматических неврозов» З. Фрейд в качестве основной причины, вызывающей заболевание, выделял «момент неожиданности и страха». Идеи Фрейда о двух формах проявления реакции на психотравмирующее событие (вытеснение и фиксация на травме) нашли свое отражение в современной концепции отсроченных реакций на психотравмирующий стресс [58].

Важное место занимают исследования А. Кардинера. Он изучал отсроченные психические реакции у ветеранов Первой мировой войны с точки зрения концепции адаптации. Под адаптацией этот ученый понимал серию маневров в ответ на изменения окружающей обстановки или изменения внутри организма, которые подчиняют его активность во внешнем мире цели сохранения своего существования, сохранения своей целостности или избежания повреждений, а также сохранения контролируемого контакта с внешним миром. А. Кардинер выделил у ветеранов пять наиболее характерных отсроченных психических реакций на психотравмирующие события войны. Это фиксация на травме, типичные сны, снижение общего уровня психической деятельности, раздражительность, склонность к взрывным агрессивным реакциям, потеря памяти (амнезия) об обстоятельствах психотравмирующего события. Кардинер провел одно из первых систематизированных исследований явления, которое он назвал «хронический военный невроз». Он впервые дал комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах

травмирующего события; 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к управляемым агрессивным реакциям [61, 62].

Богатый исследовательский материал по вопросам психотравмирующего стресса был получен во время Второй мировой войны как в ходе боевых действий, так и по наблюдениям лиц, перенесших заключение в концентрационных лагерях и плен.

В своей монографии «Люди в стрессе» Гринкер и Шпигель использовали термины «стресс от боев», «утомление от боев», «острая боевая реакция». Они перечислили симптомы, от которых страдали возвратившиеся из плена солдаты: высокая утомляемость, депрессия, ухудшение памяти, концентрации внимания, ночные кошмары. Фобии, агрессия, подозрительность, повышенная активность симпатической системы [59].

Как отмечают С.И. Съедин и Р.А. Абдурахманов, в исследованиях отечественных авторов, посвященных психическим последствиям Великой Отечественной войны, основное внимание уделяется последствиям боевых травм и ранений (прежде всего головного мозга), истощения, инфекционных заболеваний и других вредоносных воздействий на нервную систему солдат [51].

Существует несколько подходов в понимании феномена психической травмы. Например, А.М. Свядощ рассматривал психическую травму как раздражитель, действие которого определяется не физическими его параметрами, а информационным значением [47].

Природу психической травмы Ф.В. Бассин и В.Е. Рожнов рассматривают в контексте концепции психологической защиты. Психическая травма, по их определению, является нарушением психологической защиты человека, приводящим к нарушению прежней системы значимых переживаний [10].

Классификацию психических травм с точки зрения их интенсивности предложил Г.К. Ушаков. Он выделял массивные психические травмы, ситуационные, пролонгированные [54].

Психотравмирующие ситуации классифицировала Е.М. Черепанова по степени увеличения симптомов патологического горя при развитии синдрома посттравматических стрессовых нарушений [55].

Характер психической травмы и уровень стрессогенности психотравмирующей ситуации, считает Ю.А Александровский, зависят от силы психотравмирующего воздействия, т. е. обусловленного ослаблением активности или целостности индивидуального барьера психической адаптации, приводящего к психогенным расстройствам [4].

Опыт боевых действий подтверждает, что войска наряду с неизбежными физическими потерями несут ощутимые психологические потери. Это, прежде всего, связано с получением воинами боевых психических травм, которые приводят к расстройствам психической деятельности. Полной или частичной потере боеспособности [44].

Формирование БПТ, по мнению А.В. Крахмалева и А.А. Кучера, затрагивает не только глубинные эмоционально-аффективные «слои» психики, но и онтогенетически более поздние, а поэтому более ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций, т. е. собственно структуру личности, ее адаптационный потенциал. Это сопровождается повышением личностной тревожности, напряженности и конфликтности, нарушением адекватности самооценки, снижением устойчивости к психогенным и иным внешним воздействиям. Авторы указывают на существующее мнение, что основным фактором, приводящим к БПТ, является опасность, угрожающая жизни и здоровью. При изучении авторами катамнеза комбатантов, перенесших в условиях боевой обстановки реактивные состояния, выявлено, что спустя 4–5 лет после возвращения с войны почти в половине случаев (46,5 %) прослеживалась выраженная социально-психологическая дезадаптация с симптоматикой посттравматического стрессового расстройства в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений,

импульсивности, враждебности. Вероятность развития хронических последствий боевой психической травмы, по результатам исследования А.В. Крахмалева и А.А. Кучера, напрямую зависит от тяжести перенесённого стрессорного воздействия и продолжительности пребывания в стрессогенных условиях. Этот факт подтверждают Н.А. Дзеружинская и О.Г. Сыропятов [16, 27].

1.2 Изучение психологических характеристик участников современных локальных войн. Формирование концепции ПТСР

Важную роль в формировании концепции ПТСР сыграло изучение психологических и психиатрических характеристик участников локальных войн и военных конфликтов. Под «локальной войной» обычно понимают ограниченный по политическим целям и пространственному размаху военный конфликт между двумя или несколькими государствами, затрагивающий преимущественно их территориальные, экономические, политические и другие интересы. Военный конфликт – сложное социально-политическое явление, характеризующееся тем, что соперничающие стороны (коалиции государств, государства, социальные группы) при достижении политических целей применяют средства военного насилия. Военные конфликты могут быть как межгосударственными, так и внутренними. В зависимости от обстоятельств и различных факторов они подразделяются на войны и вооруженные конфликты [37].

Международные договоры, регулирующие военные и вооруженные конфликты, заключались в различные периоды времени. Так, большая часть Гаагских конвенций датируется 1907 г., Женевские конвенции в последней редакции и Гаагская конвенция о культурных ценностях датируются 1949 и 1954 г., а Дополнительные протоколы к Женевским Конвенциям и Конвенция о запрещении или ограничении применения конкретных видов обычного оружия – 1977 и 1980 г., соответственно. Таким образом, эти различные по своему назначению договоры, относящиеся к праву войны, отражают потребности, представления и концепции, обстоятельства и язык своего времени. Одно из последствий неуклонно возрастающей сложности современных вооруженных

конфликтов – постоянное усложнение права войны, возрастающая вовлеченность гражданского населения в вооруженные конфликты [30].

Исторический обзор формирования концепции ПТСР делает в своей работе Р.В. Кадыров. Он пишет, что на основе наблюдений, сделанных во время ведения боевых действий США в Корее, в рамках DSM–I была выделена группа «больших стрессовых реакций», а в рамках DSM–II – «преходящих ситуационных нарушений», которые не выделялись в отдельную группу, а диагностировались в структуре невротических расстройств[17].

К середине 1970-х гг. в США была обозначена проблема дезадаптивного поведения вьетнамских ветеранов. Наиболее частыми расстройствами отдаленного периода у комбатантов были повторяющиеся навязчивые воспоминания, которые часто приобретали форму ярких чувственно-образных представлений, сопровождавшихся страхом, угнетением и соматовегетативными расстройствами, а также нарастающим состоянием отчуждения и безразличия с утратой ранее свойственных интересов, чувством вины, устрашающими сновидениями боевого содержания и характерологическими изменениями в плане повышенной раздражительности и взрывчатости. Первое обобщающее исследование проблемы психологической адаптации вьетнамских ветеранов было проведено П. Бурном (1970). Стрессовые расстройства у ветеранов вьетнамской войны анализировал С.Р. Figley [57].

Появилась объективная необходимость к концу 1970-х гг. создать унифицированный клинико-диагностический подход к тем психическим расстройствам, которые, во-первых, обнаруживали общие черты у людей, пострадавших в различного рода катастрофах, во-вторых, не соответствовали общепринятым (на то время) в нозологической симптоматике диагностическим критериям и, в-третьих, в ряде стран (преимущественно в США) стали приобретать характер не только медико-психологической, но и социальной проблемы [17].

Важным концептуальным шагом, обобщающим все многообразие клинико-психологических аспектов реагирования на катастрофы, стало выделение особой диагностической группы в DSM–III – посттравматические стрессовые расстройства, основные критерии которой были разработаны М. Горовицем с соавторами. С этого момента ПТСР рассматривается в качестве самостоятельной клинической формы, хотя дальнейшие исследования обнаружили целый ряд противоречивых и дискуссионных моментов [60].

В связи с пересмотром стрессора, который может вызвать ПТСР, в 1987 году по DSM–III–R был разработан критерий стрессора, устанавливающий, что личность пережила событие, выходящее за рамки обычного опыта, влекущее за собой сильное потрясение у любого человека. Критерий стрессора, сформулированный в DSM–IV, точно определяет, что личность пережила, была свидетелем, столкнулась с событием или событиями, ставшими причиной действительной смерти, либо угрозы смерти или серьезной травмы, либо угрозы психической целостности человека, и что реакция личности вызвала интенсивный страх, беспомощность или ужас. Для взрослых людей травматические события, которые могут привести к ПТСР, включают военные действия, жестокое нападение на личность, похищение, взятие в заложники, террористическая атака, пытки, заключение в качестве военнопленного или в концентрационный лагерь, природные или вызванные человеком катастрофы, тяжелые дорожно-транспортные происшествия (этим список не ограничивается). Диагноз ПТСР требует определения того, что личность оказалась в одном из вышеназванных обстоятельств [17, 38].

В России посттравматические стрессовые расстройства попали в поле зрения специалистов после войны в Афганистане. Затем целый ряд трагических событий (чернобыльская катастрофа, землетрясение в Армении, война в Чечне, крупные аварии на транспорте, теракты и т. п.) привели к тому, что исследования проблем психологической травмы и посттравматического стресса стали вызывать повышенный интерес.

К середине 1990-х гг. количество исследований по данной проблематике резко возросло и разделилось на два крупных независимых направления – медико-психиатрическое и психологическое. Медико-психиатрическое направление включает в себя исследование медико-биологических составляющих ПТСР и физико-фармакологических методов коррекции, восстановления и реабилитации (сборник «Боевой стресс и постстрессовая адаптация участников боевых действий», научные труды ГосНИИ военной медицины МО РФ), психогений, клинической психопатологии при ПТСР. В рамках психологического направления исследовались различные аспекты последствий пребывания в экстремальных условиях, проблемы недопонимания в межличностном общении и социально-психологические проблемы у «афганцев» [17].

Ряд публикаций по психологическим особенностям, адаптации и вопросам психотерапии при ПТСР связаны с исследованиями, проводимыми лабораторией посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН [52].

С конца 1990-х гг. появились работы, акцентирующие внимание на механизмах адаптации в экстремальных условиях: психотрансформативный подход к ПТСР, когнитивные механизмы адаптации к кризисным событиям, личностный адаптационный потенциал в экстремальных условиях.

Начало 2000-х гг. ознаменовано адаптацией западных диагностических методик для исследований психологических особенностей человека в экстремальных условиях. Если ранее во всех экспериментальных и теоретических работах основной акцент делался на негативные последствия ПТСР, и задача психологической помощи виделась в их устранении, то в настоящее время появились работы, подчеркивающие возможности посттравматического роста и развития личности пострадавшего [18, 29, 32].

По мнению А.Г. Караяни и И.В. Сыромятникова очевидно, что психологические изменения у комбатантов могут наблюдаться в виде отдельных разрозненных симптомов, в виде более или менее взаимосвязанных проявлений и в виде синдрома посттравматического стрессового расстройства [20].

Психика людей, перестроенная под потребности боя, оказывается неприспособленной к мирной обстановке, к стандартным ценностям общества, к оценке мирными гражданами пережитых ветераном военных событий и др. В этой связи появляются возможности как дополнительной психотравматизации ветеранов, так и порождения у них неприятия существующих социальных ценностей, развития асоциальных форм поведения.

Основные психотравмирующие факторы боевых действий и их психологические последствия для военнослужащих описывают А.Г. Караяни и Ю.М. Караяни. Авторы выделяют положительный, нейтральный и отрицательный векторы влияния психологических факторов войны на участников боевых действий [22].

Положительный вектор влияния войны на комбатантов приводит к приобретению уникального опыта жизнедеятельности в экстремальных условиях, боевого опыта и житейской мудрости. Способствует тому, что психика воина радикально перестраивается, «военизируется». Эти трансформации происходят на психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом уровнях и доходят до абнормальных уровней. Привычка открытого, простого поведения приводит к детренированности механизмов психологической защиты вследствие их бездействия. Авторы пишут: «Вернуть такого «психологически обнаженного» человека в мирную жизнь без предварительной специальной подготовки – значит создать условия для его социальной дезадаптации и даже для развития психологических расстройств» [22, с. 61].

Нейтральный вектор влияния войны связан с формированием у комбатантов специфических потребностей (быть понятыми обществом; потребность быть принятыми в систему социальных связей и отношений со своим статусом человека-воина; потребность быть признанным в качестве человека, честно выполнившего гражданский и воинский долг; потребность в избавлении от неактуальной психической напряженности, накопившейся на войне).

Отрицательный вектор влияния войны проявляется в процессе перманентной психотравматизации военнослужащих. Важно помнить, что человек уязвим перед психотравмирующими факторами боя.

По мнению авторов, все три вектора влияния войны на человека ведут к радикальной перестройке его психики. Комплекс приобретенных на войне адаптивных реакций становится дезадаптивным за пределами зоны боевых действий. Авторы особо подчеркивают, что возвращение неподготовленного к мирным условиям жизнедеятельности человека с закрепленными в психике следами войны может привести к повторной психотравматизации. «Психическая травма, вызванная неподготовленным столкновением со ставшим непонятным и чужим мирным обществом, может быть более сильной, чем боевая психическая травма» [22, с. 61].

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных психологов показывают, что физическое перемещение солдата с поля боя в мирную обстановку далеко не всегда означает его интеллектуальное, эмоциональное, «ощущенческое» возвращение в ту обстановку, которая была для него привычной до участия в боевых действиях [21].

Неподготовленное столкновение участников локальных военных конфликтов с реалиями мирной жизни, по мнению многих российских специалистов, чревато усилением их психотравматизации и манифестаций посттравматических стрессовых расстройств [23, 33, 34, 56].

В ряде исследований констатируется, что посттравматические стрессовые расстройства составляют от 10-ти до 50-ти % всех медицинских последствий боевых событий. Ими по сей день страдают 29–45 % ветеранов Второй мировой войны, 25–30 % американских ветеранов вьетнамской войны. Среди лиц, получивших ранения, ПТСР достигают 42 %. 18,6 % участников боевых действий в Афганистане испытывают на себе действие этого синдрома. Из них хронически больными являются 41,7 %, инвалидами 56,2 % [41, 49].

По оценкам П.А. Корчемного, в течение ближайших лет более 10 000 участников боевых действий в Чечне будут иметь проблемы с психикой [26].

В ходе исследования, проведенного Р.В. Кадыровым, получена интересная информация: в группе офицеров и прапорщиков (48 человек), побывавших в районе боевых действий, но не принимавших в них активного участия, 84 % имеют ярко выраженные стрессовые расстройства, тогда как среди активных участников боевых действий таких людей всего 7 %. Но если не принимать во внимание многоступенчатый характер наложившихся друг на друга переживаний у активно участвующих в боевых действиях, то проявления посттравматических стрессовых расстройств можно ожидать по прошествии большого периода времени: 8–12 лет после возвращения с войны. В связи с этим исследования по данной проблеме продолжают [17].

Данные мировой литературы показывают, что перенесенный психологический стресс войны формирует после себя отставленные по времени тяжелые психологические и психосоматические расстройства. Процессы психосоматической, социальной дезадаптации при возвращении к мирной жизни встречаются практически у каждого участника современных боевых действий [20, 26, 28, 38].

Боевая обстановка является катализатором многих психопатологических реакций, являющихся следствием того, что «пограничные ситуации» зачастую предъявляют к психике человека непомерные требования. В связи с этим А.Г. Караяни и Ю.М. Караяни указывают, что факт физического возвращения участника боевых действий в мирную жизнь не совпадает с психологическим встраиванием его в систему социальных связей и отношений мирного времени. Следовательно, необходимо проводить социально-психологическую реадaptацию ветеранов, сущность которой, по мнению авторов, составляют когнитивно-смысловая переработка травматической информации и опыта, отреагирование травматического материала в условиях эмоциональной поддержки, решение личностных проблем комбатантов и устранение у них симптомов ПТСР [22].

1.3 Основные характеристики служебно-боевой деятельности, приводящей к боевой психотравматизации комбатантов

Приведенные ниже факторы служебно-боевой деятельности выделены в ходе проведения оригинального пилотного исследования (2000–2010 гг.) по выявлению и систематизации факторов боевой травматизации психики военнослужащих в период их участия в 1-й и 2-й чеченских кампаниях.

1. Природно-географические условия.

Во время военных действий чеченские боевики активно использовали преимущества зеленой зоны – «зеленки» – поднимались на сопки, поросшие густым лесом, и вели прицельный огонь по живой силе и технике. «Зеленка» позволяла боевикам скрытно выходить из-под ударов, совершать маневр и внезапно атаковать. Наличие «зеленки» являлось значительным фактором травматизации психики военнослужащих, так как сохранялась постоянная угроза внезапного нападения противника, отсутствовала возможность адекватного контроля за прилегающей территорией. Горные условия идеальны для обороны, ведение боевых действий в горах сопряжено с большими потерями. Передвижение по ущельям означало постоянную угрозу нападения боевиков. Горные перевалы, серпантины, узкие дороги и глубокие обрывы требовали, с одной стороны, специальной обученности при передвижении по ним, с другой стороны являлись источниками психофизического и психоэмоционального напряжения. Ведение боевых действий в указанных условиях местности не позволяло использовать тактические приемы боя в полном объеме и приводило к большим потерям.

2. Погодно-климатические условия.

Неблагоприятные погодные условия (затяжные дожди, туманы, ограничение видимости) не позволяли использовать авиацию в полном объеме, это снижало качество боевых действий. Туманы, раннее наступление темного времени суток усиливали фактор внезапности при нападении противника, требовали дополнительного психического напряжения. Затяжные дожди значительно

ухудшали проходимость дорог. Мокрое обмундирование и обувь отрицательно влияли на психофизическое состояние военнослужащих.

3. Изоляция от основных сил.

Несение службы на блокпосту означало выполнение служебно-боевой задачи малыми группами в тылу федеральных войск. Мелкие группы боевиков, преимущественно в ночное время, осуществляли диверсионно-террористическую деятельность – вели обстрелы и нападения на блокпосты, подбирались вплотную, забрасывали посты гранатами. Активно использовали подствольные гранатометы. Действия малыми группами в отрыве от основных сил осуществляли разведывательные и специальные подразделения. К таким действиям относятся разведывательные операции, ночные штурмы. Благодаря хорошей подготовке к действиям в ночное время, разведчики могли внезапным броском занимать и «зачищать» дома ночью, занимать оборону. Затем в эти дома (строения) подтягивались мотострелковые подразделения. Затягивающийся подход основных сил, либо внезапное столкновение с превосходящими силами противника чаще всего означал потери личного состава, высокую вероятность пленения [46].

4. Пребывание в условиях негативного отношения местного населения.

Яркой особенностью вооруженных конфликтов современности является вовлеченность местного населения. Выраженная озлобленность, действия провокационного характера, использование оружия гражданским населением, детьми и подростками требовали от военнослужащих повышенной бдительности, иногда применения силовых мер воздействия, что влекло за собой переосмысление моральных и нравственных позиций, являлось фактором дополнительной травматизации психики.

5. Высокая интенсивность боевых действий.

Бой – это не только совокупность тактических действий, огневых ударов и маневров противоборствующих сторон. Это еще и напряженное интеллектуальное, эмоциональное, мотивационное, волевое противоборство. Бой также самое суровое, жесткое, жестокое испытание не только, и даже не столько физических

сил военнослужащих, сколько их духовных, психологических возможностей. В каждом бою в сердце каждого его участника разыгрывается своя собственная война. Высокая интенсивность боевых действий изматывает физически, снижает психофункциональные способности, приводит к моральному «отуплению», росту психических и физических потерь среди личного состава [25, 43].

6. «Рваный» режим жизнедеятельности.

Служебно-боевая деятельность включает, в том числе, действия ночью, дозоры, караулы. Специальный, продиктованный условиями боевой обстановки, режим жизнедеятельности связан с высокой задолженностью сна и отдыха. «... Спишь по часу-полтора. Спать опять же приходится не раздеваясь, да на камнях. Большой костер, чтобы обогреться, не разведешь – заметят. Вот и били крыс тихо, огонь разводили маленький, чтобы только поджарить маленькими кусочками. Все лучшие куски – раненым. Воду брали не из Сунжи, там открытое пространство, могли заметить, а из ямок, воронок» [31, с. 89]. Под влиянием длительного воздействия нагрузки (физической, психической) наступает утомление как временное снижение работоспособности. Специфика утомления существенно зависит от вида нагрузки, времени, необходимого для восстановления исходного уровня работоспособности, и уровня локализации утомления, например, мышечное, сенсорное, интеллектуальное [17, 18].

7. Постоянное напряжение от ожидания угрозы (дистресс).

В условиях войны «без линии фронта» обязательным законом является ежесекундная готовность к открытию огня. Нарушение этого закона приводит к плачевным последствиям. Ярким примером повышенной мобилизации психофизических ресурсов является передвижение в составе колонн техники. С одной стороны, движение затрудняло большое количество установленных мин, с другой стороны движение бронетанковых колонн встречало классически организованное сопротивление – чаще всего сначала уничтожались головная и замыкающая машины в колонне, затем, используя условия местности, открывался

огонь на поражение по остальной бронетехнике. Плотность ведения огня, как правило, высокая. Вероятность выжить – низкая.

8. Вегетативные реакции.

Активность вегетативной нервной системы не контролируется сознанием, поэтому защитные вегетативные реакции запускаются независимо от вида стрессора. К ним относятся повышение тонуса сердечно-сосудистой системы (кровенаполнение и питание жизненно важных органов), активизация фагоцитоза (на случай проникновения инфекции), процесса регенерации тканей (на случай повреждения), тромбоцитоз (на случай кровотечения), саливация, потоотделение, рвота (на случай отравления) и т. д.

Во время клинических бесед комбатанты рассказывают о неконтролируемом страхе, который заставляет дрожать, кричать, плакать, смеяться. Комбатанты указывают, что в этот момент сосет под ложечкой, трясутся руки, становятся ватными ноги, звенит в ушах, застрекает ком в горле, бледнеет лицо, колотится сердце, перехватывает дыхание, кажется, что встают дыбом волосы, расширяются зрачки. «... глаза начали слезиться, шок, страх после первых минут боя начал проходить. В висках застучала кровь, пот потек из-под подшлемника. Сразу стало жарко. В голове путано возникли обрывки какой-то молитвы. Не смог вспомнить. Главное – вперед и выжить... Страх – первое чувство, но знаешь – когда переборешь его, чувствуешь привкус крови во рту, ощущаешь себя спокойным и могучим, органы чувств обострены. Замечаешь все, мозг работает как хороший компьютер, мгновенно выдает правильные решения, кучу вариаций и комбинаций... вдох-выдох, вдох и медленный выдох, все – адреналин вновь бушует в крови, и веселый азарт опять закипает. По всему телу артерии и вены вздулись от бушевавшей крови. Рот разинут, кислорода не хватает. За всем наблюдаю как бы со стороны. Мужества в чрезвычайной обстановке хватает у человека всегда, особенно когда в экстремальных ситуациях в нем просыпается древний человек, и всплывают из глубин подсознания рефлексy уничтожения и собственного выживания... уходят комплексы, приобретенные в результате

воспитания, такие как совесть, сострадание к противнику, ближнему. Да и силенок прибавляется. Моральное состояние также улучшается, притупляются болевые рефлексы, почти уходит усталость. Видимо, идет стимуляция выделения эндоморфинов. Они образуются и выделяются в организме при употреблении наркотиков. А здесь без наркоты ты получаешь кайф...» [31, с. 98–99].

9. Травмирующие факторы боя.

Действие угрожающих факторов боя носит пролонгированный характер. Если обычный человек в зоне природного бедствия или катастрофы и даже в ходе военных действий может находить возможность для передышки, то военнослужащий пребывает в ситуации опасности постоянно (днем и ночью), вне зависимости от того, находится он на линии соприкосновения с противником, в подвергающемся бомбежке ближнем своем тылу или в тылу противника. Минометные обстрелы, как и точный снайперский огонь, являлись причиной больших потерь федеральных войск. Минометные расчеты не оставались на огневых позициях и действовали как «кочующие» подразделения. Снайперы поражали открыто расположенный личный состав (высовывающихся из люков, особенно командиров), а также антенные устройства и оптические приборы. Поражение антенных устройств лишало подразделения связи, а бойцы, вылезавшие из люков для проверки антенн. Также становились мишенью для снайперов [22, 35].

10. Факт полученного ранения (биологический дистресс).

На организм одновременно действуют как эмоциональные, так и физические стрессоры. Травма, связанная с потерей крови, вызывая сдвиги в физиологическом гомеостазе, становится причиной серьезных эмоциональных переживаний, придающих стрессовой реакции смешанный характер [14].

11. Хроническая тревога (угроза жизни, страх собственной смерти, трупы противника и местного населения).

Тревога, обозначаемая как ощущение неопределенной угрозы, характер и (или) время возникновения которой не поддаются предсказанию, как чувство

диффузного опасения и тревожного ожидания, как неопределенное беспокойство, представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный механизм психического стресса. Интимность этого механизма вытекает из связи психического стресса с включением психологической переменной – угрозы, ощущение которой представляет собой центральный элемент тревоги и обуславливает ее биологическое значение как сигнал неблагополучия и опасности. Биологический смысл реакции тревоги – любой ценой дать энергию в короткие сроки, чтобы обеспечить необходимые условия для «бегства» или «нападения». Эту функцию реализуют адреналин и глюкокортикоиды за счет распада жиров, белков и углеводов. Иногда тревогу рассматривают как форму адаптации организма в условиях острого или хронического стресса, однако тревога, представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы. Тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли. С возникновением тревоги связано усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации. Тревога ответственна за большую часть расстройств, в которых проявляются клинически выраженные нарушения психической адаптации. Тревога выступает либо как основное слагаемое различных психопатологических синдромов, либо как базис, на котором формируются психопатологические или психосоматические проявления. К формам страха в боевых условиях относятся биологический страх, который включает в себя страх искалечения, боли, смерти; дезинтеграционный страх, соответствующий необычным, непрогнозируемым впечатлениям; социальный страх – страх показать свою трусость и потерять уважение; моральный страх, который проявляется как страх потери боеспособности и способности к самозащите [17].

12. Факт смерти сослуживцев.

«...Пробегаю мимо, я мельком посмотрел на тело. Пах был разорван. Брюки набухли от крови, открытые глаза не мигая смотрели в небо. «Готов» – пронеслось

в мозгу. Стало страшно. Во рту опять, в который раз, почувствовался привкус крови. Страшно, очень страшно. Ноги становятся ватными. Я закричал. Закричал что-то нечленораздельное. Закричал, завопил от страха. Господи, помоги, помоги выжить...» [31, с. 118].

13. Картины разрушений и искореженной техники.

«...Впереди, по бокам стояли разрушенные дома. Даже не дома, а руины. Они по многу раз переходили из рук в руки. И вот многие уже были просто разрушены, другие стояли без верхних этажей, испещренные осколками, пулями, никому не нужные, брошенные, оставленные людьми. Сталинград, да и только! В призрачном лунном свете все это виделось несколько нереально. Голова гудела, тело жаждало отдыха, в глазах от усталости плавали цветные круги. В голове не осталось уже ни одной мысли. Просто ноги по инерции несли куда-то вперед. Не человек, в полном понимании этого слова, а бессловесная скотина. Даже если бы сейчас атаковали духи, то вряд ли бы кто сумел оказать им толковое сопротивление...» [31, с. 154].

14. Социальный дистресс (тоска, чувство вины).

Явление псевдопримитивизации возникает в условиях постоянно подстерегающей угрозы гибели. Близость смерти других нередко приводит к безразличию, пассивному подчинению, полнейшей апатии, все, что раньше могло возбудить человека, чему он был свидетелем и участником, теперь отскакивает от него, «как от брони», которой он сам себя окружил. Все помыслы сосредоточены на одном – «пережить сегодняшний день». Подобное явление может внезапно смениться вспышками агрессии, объектами которой могут стать сослуживцы, либо местное население [15, 19].

Комбатанты указывают на «непереносимость» шансона – тоскливых песен о любви, измене жены и т. д. Рассказывают о том, как выбирали кассеты для прослушивания в командировке, а по истечении определенного времени – разбивали магнитофоны, не желая слушать привезенные кассеты. Происходило, так называемое, переживание утраты будущего, которое вызывало чувство внутренней пустоты и бессмысленности существования. Развивалось

необоснованное чувство вины за гибель друзей, за то, что остался жив. «...тоскливо на душе. Тоскливо и погано. Не страшно, а именно тоскливо. Понимаешь, что не отвертеться от этой чертовой работы, хочется и мужиков сохранить, и самому голову не потерять... Хотя дважды не умирают, и если тебе написано на роду погибнуть в этом сволочном бою, то, как ни крути, а получишь свою порцию свинца в брненное тело. ...страх, злость, обида, тоска...» [31, с. 287].

Выводы по первому разделу

Изучение психологических последствий войны представляет собой сложный процесс. Это связано с тем, что психологические последствия войны обусловлены воздействием множества экстремальных стресс-факторов боевой обстановки. Их диагностика и коррекция требуют комплексного подхода. На степень проявления психологических последствий войны оказывает влияние уровень стрессогенности послевоенной обстановки, в которую попадают комбатанты.

Необходимость изучения психических нарушений в различных экстремальных ситуациях (вооруженные конфликты, войны, катастрофы и т. п.) исходит из общепризнанного положения об их выраженном психотравмирующем воздействии. Психотравмой обусловлено возможное развитие как психической, так и психосоматической патологии. Последствия психотравмы, отсроченные по времени, могут проявляться различными нервно-психическими, преимущественно аффективными нарушениями.

Для осуществления социально-психологической реадaptации комбатантов, сущность которой составляют когнитивно-смысловая переработка травматической информации и опыта, отреагирование травматического материала в условиях эмоциональной поддержки, решение личностных проблем комбатантов и устранение у них симптомов ПТСР, необходимо объединять усилия психологических служб для проведения исследований, направленных на уточнение психологической реальности и психологических последствий войны, методов их выявления и коррекции.

2 ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Цель, задачи, объект, предмет, гипотеза исследования

Цель исследования – установить методом ретроспективного исследования системные соотношения психотравмирующих обстоятельств военной службы при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов на территории Северного Кавказа с характером посттравматических стрессовых и, в частности, аффективных расстройств у комбатантов.

Задачи исследования:

1. На основании материалов и опыта теоретического, пилотного и предшествующего клинического исследования разработать систему клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных вооруженных конфликтов, высоковероятно являющихся психотравмирующими для военнослужащих.

2. Создать по результатам клинического исследования клинико-психологический инструментарий для оценки у комбатантов общих и специфических характеристик психотравмирующих факторов воинской службы, а также отобрать совокупность тестовые психодиагностические методик для исследования клинической картины ПТСР и аффективных нарушений в ее структуре.

3. Разработать программу исследования психотравмирующих факторов воинской службы в их связи с данными тестовой психодиагностики.

4. Провести на выборке комбатантов – военнослужащих ВС МО РФ, участвовавших в 1-й и 2-й чеченских кампаниях, исследование психотравмирующих факторов, возможного наличия ПТСР, аффективных нарушений и провести анализ результатов.

5. Предложить систему скрининг-диагностики групп риска профессиогенного ПТСР среди комбатантов для формирования отбора контингента пациентов специализированных медицинских организаций и госпиталей для ветеранов войн, в частности.

Объект исследования – отдаленные последствия боевой психотравматизации военнослужащих.

Предмет исследования – факторы боевой психотравматизаций военнослужащих в условиях локального вооруженного конфликта на территории собственной страны, клиникопсихологические особенности ее последствий.

Гипотеза исследования – актуальное психологическое состояние комбатантов в отсроченный период после травмы определяется, среди прочего, факторами боевой психотравматизации, действующими при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов. Это составляет феноменологию профессиогенного ПТСР.

2.2 Описание методик, используемых в исследовании

Исследование проводилось на базе Центра психосоматической реабилитации участников локальных военных конфликтов и участников военных действий в Афганистане ЧОКТГВВ.

В исследовании использовались психодиагностические методики:

1. Специализированное клиническое интервью (СКИ).
2. «Интегративный тест тревожности» (ИТТ).
3. Методика самооценки депрессивных состояний В. Зунга.
4. Миссисипская шкала ПТСР (вариант для участников боевых действий).

Специфика задач настоящего исследования потребовала разработки оригинальной методики структурированного клинического интервью, специализированного исключительно для этого исследования. В основу структуры и содержания интервью легли материалы клинических бесед с военнослужащими, участвовавшими в военных операциях на Северном Кавказе, личный пятнадцатилетний опыт работы военным психологом в мотострелковой дивизии постоянной боевой готовности.

Цель специализированного клинического интервью – получение сведений, раскрывающих субъективное восприятие травмирующей ситуации комбатантами. Вопросы испытуемым задавались в свободной форме во время личной беседы,

необходимая информация фиксировалась в специальном бланке. В заключение беседы испытуемому предлагалось оценить балльной оценкой (от 1 до 10 баллов) те факторы, которые он указал. Таким образом, было получено не только индивидуальное содержание психотравмы, способов совладания со стрессом и факторов, определяющих поведение после возвращения к мирной жизни, но и их индивидуальные суммарные оценки.

СКИ состоит из трех блоков.

Блок I – индивидуальная картина психотравмы (ретроспективное восприятие комбатантами периода участия в военных операциях).

Блок II – описание способов совладания со стрессом при выполнении служебно-боевой деятельности.

Блок III – реконструкция поведения и состояния комбатантов после возвращения из зоны боевых действий в условия мирной жизни.

Каждый блок включает несколько факторов, раскрывающих содержание.

Блок I включает четыре группы факторов (причин, движущих сил, важных обстоятельств), которые могут определять ситуацию как травмирующую.

1. Внешнесредовые факторы: природно-географические, такие как наличие гор, ущелий, обрывов, присутствие в летнее время «зеленки»; погодно-климатические в виде жары, затяжных дождей, туманов.

2. Социальные факторы или внутрисредовые: наличие изоляции от основных сил, например, служба на блок-постах, выполнение служебных задач малыми группами, ведение разведывательных действий в отрыве от основных сил; фактор негативного отношения местного населения к российским военнослужащим в зоне боевых действий; сплоченность противоборствующих групп.

3. Психофизиологические факторы: высокая интенсивность служебной деятельности; рваный режим жизнедеятельности, вызванный служебной необходимостью, это действия ночью, караульная служба, дозоры, выраженная задолженность сна и отдыха, сенсорная депривация, монотония; постоянное напряжение от ожидания угрозы (дистресс); вегетативные реакции в виде

приливов жара, холодка по спине, ощущения «мурашек» по телу и «волос дыбом» на руках и голове).

4. Факторы индивидуально-психологического характера: травмирующие факторы боя, например, взрывы, обстрел из минометов, гранатометов, огнеметов, оглушения от взрывов; дезинтеграционный дистресс, например, страх при виде насильственной смерти других лиц, при получении увечий сослуживцами, при виде разрушений; биологический дистресс в виде страха смерти, факта получения ранения; социальный дистресс, проявляющийся, например, тоской по дому, скорбью, чувством вины.

Перечисленные факторы, вытекающие из психологической модели служебно-боевой деятельности, определяют уровень активности и успешности действий военнослужащих.

Блок II в СКИ включает факторы совладания со стрессом при выполнении служебно-боевой деятельности. Для обследуемых вопрос звучит следующим образом: «Что помогало при выполнении служебно-боевой деятельности?» и – предлагаются варианты ответов. Факторы условно объединены в три группы.

1. Аддиктивные факторы: употребление алкоголя; употребление наркотиков.
2. Седативные факторы: употребление «Настойки пиона».
3. Социальные факторы снятия напряжения: разговоры с сослуживцами; использование юмора; письма из дома; пользование баней; групповой настрой; благодарность командования за выполнение приказа; доверие командирам.

Блок III – факторы, определяющие состояние и поведение комбатантов, после возвращения из зоны боевых действий в условиях мирной жизни.

1. Факторы аддиктивного поведения: алкоголизация.
2. Факторы комбатантной психопатологии: раздражительность; агрессивность; озлобленность; вспыльчивость.
3. Факторы дезадаптивного поведения: конфликтность на службе; нарушение внутрисемейных отношений; проблемы трудоустройства; отказ от активной трудовой деятельности.

4. Факторы астенического синдрома: нарушение сна; нарушение здоровья.

Результаты по трем блокам СКИ позволили проанализировать картину субъективного восприятия травмирующей ситуации комбатантами в условиях проведения КТО в сочетании с факторами, способствующими переработке этой ситуации. Выявить влияние служебно-боевой деятельности на состояние и поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни.

Использовался компьютерный вариант методики ИГТ – экспертной психодиагностической системы – предназначенной для диагностики по шкалам личностной и ситуативной тревожности (СТ–Л и СТ–С), каждая из которых представлена пятифакторной структурой: эмоциональный дискомфорт (ЭД), астенический компонент (АСТ), фобический компонент (ФОБ), тревожная оценка перспективы (ОП) и социальная защита (СЗ). Диапазон измерения показателя тревожности от 1 до 9 станайнов: 1–3 низкий уровень, 4–6 средний уровень, 7–9 высокий уровень. Методика разработана в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [40].

Использовалась методика самооценки депрессивных состояний, разработанная В. Зунгом (A self-rating depression scale, SRDS, 1965), для дифференциальной диагностики депрессивных состояний от состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых обследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Опросник включает в себя 20 пунктов с 4 вариантами ответов, каждый из которых соответствует той или иной степени выраженности симптома. Уровень депрессии может варьировать от 0 до 80 баллов. Ниже 50 баллов диагностируется состояние без депрессии; 51–59 баллов – констатируется легкая депрессия ситуативного или невротического генеза; 61–69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при 70 баллах и более [39, с. 184].

Использовался компьютерный вариант Миссисипской шкалы ПТСР для участников боевых действий. Шкала предложена Т. Кином в 1987 году. В

настоящее время является одним из наиболее широко применяемых инструментов для измерения признаков ПТСР. Вариант шкалы для участников боевых действий включает 39 пунктов. Каждое из утверждений оценивается по 5-бальной шкале Лайкерта, оценка осуществляется путем суммирования баллов. Входящие в опросник пункты относятся к 4 категориям: симптомы вторжения, симптомы избегания, физиологическая гипервозбудимость и депрессия. $ПТСР \leq 89$ – низкий уровень, $ПТСР \geq 90$ – высокий уровень ПТСР, высокая вероятность агрессивных действий по отношению к окружающим, в том числе немотивированных, высокий риск развития психосоматических нарушений [3, с. 169].

2.3 Описание выборки испытуемых

В исследовании приняли участие 46 мужчин (комбатантов). Они являлись военнослужащими ВС МО РФ в период участия в военных конфликтах на территории Северного Кавказа: в период проведения общевойсковой операции федеральных войск в Чечне по наведению конституционного порядка (1994–1995 гг.) и контртеррористической операций (КТО) на Северном Кавказе (1999–2000 гг.).

Критериями включения в выборку стали:

1. Статус военнослужащего ВС МО РФ.
2. Статус участника боевых действий.
3. Опыт боестолкновений с НВФ.

4 человека (8,7 %) – участвовали в двух военных операциях (1994–1995 гг., 1999–2000 гг.); 22 человека (47,8 %) – участвовали в военной операции 1994–1995 гг.; 20 человек (43,5 %) – участвовали в КТО 1999–2000 гг. Этот факт учитывался при проведении исследования, но не стал критерием деления комбатантов по группам, в силу отсутствия объективных различий.

В числе испытуемых 5 комбатантов являются офицерами. На период участия в военных операциях имели офицерские звания «лейтенант» – «капитан». Основная группа комбатантов принадлежала к рядовому и сержантскому составу. Следовательно, возрастное различие в группе испытуемых комбатантов

незначительное, 42 ± 5 лет. Выборка испытуемых, участвовавших в проведении исследования, по предварительному рассмотрению, позволяет получить данные, достаточные для последующего анализа. В настоящее время комбатанты являются пациентами ЧОКТГВВ и включены в регистр участников боевых действий.

2.4 Условия и дизайн исследования

Исследование является комбинированным: клинико-экспериментальным, психологическим, катamnестическим, сравнительным. Проводилось с согласия испытуемых и с соблюдением этико-деонтологических принципов подобного рода исследований. Для решения поставленных задач с помощью описанного комплекса психодиагностических методик было исследовано 46 испытуемых.

Этапы исследования.

1. Отбор и формирование выборки испытуемых. Осуществлялся по результатам клинической беседы произвольной формы. В ходе предварительного анализа медицинской и психологической документации пациентов госпиталя были отобраны 80 предполагаемых участников исследования. После первичной, ознакомительной беседы о целях, задачах и практической значимости исследования, добровольное согласие на участие в исследовании дали 46 комбатантов. Такая динамика характеризует выборку испытуемых как комплаентную.

2. Этап клинико-психологического исследования с помощью общего клинического интервью (ОКИ) и СКИ. Исследование выборки испытуемых в целом. Уточнение социально-демографических характеристик, служебно-боевого опыта, актуального социального и медицинского статуса комбатантов на момент исследования. Воссоздание индивидуальной картины психотравмы, способов совладания со стрессом в служебно-боевой обстановке, особенностей поведения комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни.

3. Этап экспериментально-психологического исследования. Оценка выраженности симптоматики ПТСР с помощью Миссисипской шкалы ПТСР для

участников боевых действий. Характеристика тревожных и депрессивных нарушений в структуре аффективной сферы комбатантов с помощью ИТТ, методики самооценки депрессивных состояний В. Зунга.

4. Этап сравнительного исследования распределения симптоматики ПТСР, аффективных нарушений в двух подгруппах испытуемых.

Уровень ПТСР по результатам Миссисипской шкалы ПТСР находится в пределах от 35 (min) до 134 (max), среднее значение 76,24, среднее квадратическое отклонение 27,093. По выраженности показателя ПТСР испытуемые разделены на две группы: группа 1 – низкий уровень ПТСР, группа 2 – высокий уровень ПТСР. Общая таблица результатов ПТСР представлена в приложении А, где у 29-ти испытуемых низкий уровень ПТСР – группа 1, у 17-ти испытуемых высокий уровень ПТСР – группа 2 (таблица А.7).

По методу контрастных групп изучались сравнительные характеристики индивидуального восприятия психотравмы, способов совладания со стрессом, особенностей поведения комбатантов после возвращения в условиях мирной жизни, показателей уровня депрессии, ситуативной и личностной тревожности в настоящий период.

5. Этап анализа и обобщения полученных результатов, формулирование выводов, оценка практической значимости.

2.5 Методы математической обработки данных

Полученные количественные результаты исследования были проанализированы с помощью следующих статистических методов и процедур: методов описательной статистики, таблиц сопряженности, исследования диаграмм рассеивания, корреляционного анализа, регрессионного анализа. Проведено сравнение независимых выборок с помощью метода непараметрической статистики (U-критерий Манна-Уитни). Расчеты проводили с помощью программных пакетов SPSS Statistics 17.0 и Excel.

Таким образом, представленное выше характеризует исследование как комбинированное (клинико-экспериментальное, психологическое). Дизайн

исследования имеет очевидный катamnестический характер. Специально разработанный инструментарий (СКИ) обеспечил возможность воссоздания картины субъективного восприятия травмирующей ситуации комбатантами в условиях проведения КТО в сочетании с факторами, способствующими переработке этой ситуации, и факторами, определяющими состояние и поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни. Выборка комбатантов участвующих в исследовании является комплаентной.

3 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Анализ результатов клинико-психологического исследования

По материалам общего клинического интервью установлено, что на момент участия в военных операциях возрастной ценз испытуемых находился в диапазоне 23 ± 5 лет. По характеру прохождения военной службы 25 комбатантов являлись военнослужащими по контракту, 21 комбатант – военнослужащими срочной службы. В выборку испытуемых были включены военнослужащие, проходившие службу по следующим военно-учетным специальностям: снайпер, гранатометчик, стрелок-разведчик, механик-водитель боевой машины пехоты (БМП), механик-водитель танка, наводчик танка, стрелок-радист. Напрямую, эти военно-учетные специальности являются боевыми. В подразделениях тылового и ремонтного обеспечения проходили службу 9 комбатантов, но они были включены в выборку испытуемых, т. к. находились на «боевых» должностях и принимали участие в военных операциях. Испытуемые проходили службу в мотострелковых, танковых войсках, подразделениях спецназа Воздушно-десантных войск (ВДВ), Главного разведывательного управления (ГРУ) МО РФ.

По материалам структурированного клинического интервью получена картина субъективного восприятия психотравмирующей ситуации комбатантами в условиях проведения КТО (таблица А.7).

Анализ факторов, воздействующих на индивида в служебно-боевой деятельности и определяющих его отношение к ситуации как экстремальной (стрессовой) показал, что из внешнесредовых факторов наиболее травмирующим оказался природно-географический фактор. Большая часть (60,9 % от общего числа обследуемых) комбатантов указали, что горные ущелья, обрывы вызывали значительное нервно-психическое напряжение в качестве потенциального источника угрозы. Состояние постоянной угрозы внезапного нападения противника усугублялось наличием так называемой «зеленки». Погодно-климатические условия (жара, затяжные дожди, туманы) явились травмирующим фактором лишь для 17 комбатантов (36,9 % выборки). В ситуациях повседневной

жизнедеятельности военнослужащим приходится постоянно сталкиваться с этим фактором, и в связи с этим он для них незначим. Сочетание природно-географических и погодно-климатических условий являлось травмирующим для 10-ти комбатантов (таблица А.3).

Среди социальных факторов (внутрисредовых) по степени травматизации выделяется фактор сплоченности противоборствующих групп и фактор пребывания в условиях негативного отношения местного населения к солдатам и офицерам ВС МО РФ. Его отметили 30 обследуемых (65,2 %). Наличие изоляции от основных сил отметили травмирующим фактором 36,9 % обследуемых (17 человек). При более детальном рассмотрении фактор изоляции имеет выраженное действие: все обследуемые, имеющие опыт выполнения служебных обязанностей на блок-постах, опыт выполнения служебных задач малыми группами и опыт ведения разведывательных действий в отрыве от основных сил отметили этот фактор как травмирующий.

Группа психофизиологических факторов имеет по степени воздействия самые выраженные показатели. Так высокую интенсивность служебной деятельности отметили 80,4 % обследованных (37 человек). Мощным аккумулятором усталости выступает рваный режим жизнедеятельности, высокая задолженность сна и отдыха, монотония от выполнения однородной деятельности, требующей повышенного внимания (например, несение службы в карауле). Этот фактор отметили 54,3 % обследованных (25 человек). Фактор постоянного напряжения от ожидания угрозы является психотравмирующим по мнению 39 комбатантов (84,8 %). Наличие вегетативных реакций (вегетативный субсиндром) отметили 38 комбатантов (82,6 %). Активность вегетативной нервной системы, неконтролируемая сознанием, запускала защитные вегетативные реакции независимо от вида стрессора. Среди наиболее выраженных реакций комбатанты называют учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, резкие приступы рвоты, ощущение холода по спине, «мурашек» по телу, шевеление волос на руках и на голове. В группе психофизиологических факторов просматривается

выраженное сочетание трех факторов: действие высокой интенсивности служебной деятельности, постоянное напряжение от ожидания угрозы и вегетативный субсиндром. О сочетанном действии этих факторов как мощном источнике психотравмы свидетельствуют 63,1 % от общего числа обследованных (29 человек).

В группе факторов индивидуально-психологического характера лидирует фактор биологического страха (страха смерти, искалечения, боли). Он присутствовал у 93,5 % обследованных (43 человека). У 18 комбатантов (39,1 %) страх собственной смерти идет в контексте травмирующих факторов боя и негативных эмоций, которые вызваны смертью и увечьями сослуживцев. Экстремальная ситуация боя, в силу чрезмерной интенсивности воздействия на чувства при явной угрозе для жизни, не всегда осознается, но обязательно воспринимается человеком. 67,4 % комбатантов отметили в качестве травмирующего фактора взрывы, обстрелы из минометов и огнеметов, оглушения от взрывов. Среди обследованных имели ранения разной степени тяжести (требующие госпитализации) 21 человек (45,6 %). Все они отметили данный факт как мощный биологический дистресс. Факторы разрушений, искореженной техники, трупов противника не имеют выраженного значения. Их отметили 39,1 % комбатантов (см. таблицу А.3).

В общей сложности в ходе клинической беседы речь шла о 16-ти стрессогенных факторах. 7 комбатантов (15,2 %) назвали для характеристики психотравмирующей ситуации менее 8-ми факторов. 7 комбатантов (15,2 %) назвали 8 факторов. 7 комбатантов (15,2 %) назвали 9 факторов. От 10-ти до 14-ти факторов указали группы комбатантов по 5 человек.

Проведенный анализ рейтинга психотравмирующих факторов с учетом их количественного выбора комбатантами и с учетом балльных оценок влияния каждого фактора на психику комбатанта позволил выявить степень стрессогенности каждого отдельного фактора. Рейтинг от 1-го до 16-ти (в порядке убывания значимости) распределен в сплошной выборке (46 обследованных), в

группе 1 – это комбатанты с низким уровнем ПТСР (29 человек) и в группе 2 – комбатанты с высоким уровнем ПТСР (17 человек). Данные представлены следующим образом (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Рейтинг факторов индивидуального содержания психотравмы

Наименование фактора	Номер рейтинга		
	Выборка в целом	Группа 1	Группа 2
Природно-географические условия	11	12	10
Погодно-климатические условия	15	16	14
Наличие изоляции от основных сил	13	13	12
Пребывание в условиях негативного отношения местного населения. Сплоченность противоборствующих групп	12	11	13
Высокая интенсивность боевых действий	5	5	5
Рваный режим жизнедеятельности	8	9	9
Постоянное напряжение от ожидания угрозы	3	3	3
Вегетативные реакции	7	8	4
Травмирующие факторы боя	6	6	6
Страх при виде смерти сослуживцев	4	4	7
Страх при получении увечий сослуживцами	2	2	2
Страх при виде трупов противника и местного населения	14	14	15
Факт полученного ранения	9	7	11
Страх собственной смерти	1	1	1
Картины разрушений и искореженной техники	16	15	16
Социальный дистресс	10	10	8

Соответственно, общий рейтинг факторов психотравмы выглядит следующим образом:

1. Страх собственной смерти.
2. Страх при получении увечий сослуживцами.
3. Постоянное напряжение от ожидания угрозы.
4. Страх при виде смерти сослуживцев и вегетативные реакции.
5. Высокая интенсивность боевых действий.
6. Травмирующие факторы боя.
7. Страх при виде смерти сослуживцев и факт полученного ранения.
8. Рваный режим жизнедеятельности и социальный дистресс.

9. Природно-географические условия.

10. Пребывание в условиях негативного отношения местного населения и сплоченность противоборствующих групп.

11. Наличие изоляции от основных сил.

12. Страх при виде трупов противника и местного населения и погодноклиматические условия.

13. картины разрушений и искореженной техники.

В контексте индивидуального восприятия травмирующей ситуации выявлены способы и формы совладания со стрессом при выполнении служебно-боевой деятельности обследованными комбатантами. Рейтинг факторов совладания от 1-го до 10-ти в порядке убывания значимости представлен следующим образом (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Рейтинг факторов совладания со стрессом

Наименование фактора	Номер рейтинга		
	Выборка в целом	Группа 1	Группа 2
Употребление алкоголя	4	5	2
Употребление наркотиков	9	10	8
Употребление настойки пиона	8	9	7
Разговоры с сослуживцами	5	3	6
Юмор	7	7	9
Письма из дома	6	6	4
Пользование баней	2	2	3
Групповой настрой	3	4	5
Благодарность командования за выполнение приказа	10	8	10
Доверие командирам	1	1	1

Прослеживается приоритет выбора социальных форм снятия напряжения: разговоры с сослуживцами (спонтанная психотерапия) – 69,6 % (32 человека), групповой настрой – 63,0 % (29 человек), доверие командирам – 82,6 % (38 человек), пользование баней – 71,7 % (33 человека), юмор и письма из дома – 47,8 % (22 человека). При этом значительное место занимают формы аддиктивного поведения: употребление алкоголя – 58,7 % (27 человек), употребление наркотиков – 36,9 % (17 человек). Сочетанное употребление алкоголя и наркотических веществ – 26,1 % (12 человек). Все обследованные

комбатанты, заявившие о данных формах аддиктивного поведения, указывали, что оно было необходимо для снятия тревоги, напряжения, страха, снижение ответственности и критичности к оценке происходящего. Как дополнительное средство этой категорией комбатантов использовалось седативное средство «Настойка пиона» – 43,5 % (20 человек) из числа употребляющих наркотики и алкоголь (таблица А 1, таблица А. 4).

На первом месте в обеих группах испытуемых «доверие командирам» как фактор защищенности и мотивационной готовности к выполнению служебно-боевых задач (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Иерархия самооценок преобладающих факторов совладания со стрессом в двух группах

№ рейтинга	Фактор совладания	
	Группа 1	Группа 2
1	Доверие командирам	Доверие командирам
2	Пользование баней	Употребление алкоголя
3	Разговоры с сослуживцами	Пользование баней
4	Групповой настрой	Письма из дома
5	Употребление алкоголя	Групповой настрой
6	Письма из дома	Разговоры с сослуживцами
7	Юмор	Употребление настойки пиона
8	Благодарность командования за выполнение приказа	Употребление наркотиков
9	Употребление настойки пиона	Юмор
10	Употребление наркотиков	Благодарность командования за выполнение приказа

В группе 1 аддиктивные факторы (алкоголь и наркотики) занимают пятую и десятую позиции, в группе 2 эти факторы на второй и восьмой позиции соответственно. Употребление алкоголя называется испытуемыми второй группы в качестве самого мощного и наиболее доступного способа снятия напряжения, приглушения чувства страха. Через употребление алкоголя становился доступнее фактор спонтанной психотерапии – начинались разговоры и обсуждения с сослуживцами (см. таблицу 3.3).

Специально не исследовалось наличие аддиктивных форм поведения до начала служебно-боевой деятельности (призыва в ВС РФ), но выявлено наличие

алкоголизации у комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни. Об этом заявили 65,2 % обследованных (таблица А.2, таблица А.5).

Выявлены проявления комбатантной психопатологии. О повышенной раздражительности и вспыльчивости заявили 78,3 % обследованных (36 человек), об агрессивности и озлобленности – 56,5 % обследованных (26 человек). Проявления астенического синдрома через нарушение сна и жалобы на ухудшение здоровья (головные боли, слабость, повышенную утомляемость, неустойчивость настроения и пр.) выявлены у 86,9 % обследуемых (40 человек). Сами обследованные комбатанты субъективно проводят прямую зависимость между действием стрессогенных факторов и изменением поведения и состояния при возвращении к условиям мирной жизни. Указывают на выраженное повышение конфликтности на службе – 47,8 % (22 человека), нарушение внутрисемейных отношений и проблемы трудоустройства отмечают 50,0 % (23 человека), отказ от активной трудовой деятельности (при уходе в алкоголизацию) – 28,3 % (13 человек). Проведенная рейтинговая оценка факторов позволила выявить характерные черты и особенности проявлений травматизации психики, полученной в период участия в боевых действиях (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Рейтинг факторов поведения и состояния комбатантов в мирной жизни

Наименование фактора	Номер рейтинга		
	Выборка в целом	Группа 1	Группа 2
Употребление алкоголя	4	4	4
Раздражительность	1	1	1
Агрессивность	2	2	3
Вспыльчивость	6	7	6
Конфликтность на службе	5	3	5
Нарушение внутрисемейных отношений	8	8	7
Проблемы трудоустройства	9	9	8
Отказ от активной трудовой деятельности	7	6	9
Нарушение сна	10	10	10
Нарушение здоровья	3	5	2

Рейтинг факторов (от 1-го до 10-ти в порядке убывания значимости), определяющих поведение комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни, отличается незначительно в группе 1 и группе 2 (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Иерархия самооценок преобладающих факторов поведения комбатантов после возвращения в условия в мирной жизни

№ рейтинга	Фактор, определяющий поведение комбатантов	
	Группа 1	Группа 2
1	Раздражительность	Раздражительность
2	Агрессивность, озлобленность	Нарушение здоровья
3	Конфликтность на службе	Агрессивность, озлобленность
4	Употребление алкоголя	Употребление алкоголя
5	Нарушение здоровья	Конфликтность на службе
6	Отказ от активной трудовой деятельности	Вспыльчивость
7	Вспыльчивость	Нарушение внутрисемейных отношений
8	Нарушение внутрисемейных отношений	Проблемы трудоустройства
9	Проблемы трудоустройства	Отказ от активной трудовой деятельности
10	Нарушение сна	Нарушение сна

Все участники исследования указывали на плохо контролируемую раздражительность. Подчеркивали, что часто не желали сдерживать проявления раздражительности, чтобы таким образом выделить себя из общей массы окружающих.

В иерархии самооценок преобладающих факторов поведения комбатантов после возвращения в условия мирной жизни наглядно прослеживается лидерование факторов комбатантной психопатологии, факторов аддиктивного поведения, факторов астенического синдрома и в группе 2, и в группе 1 (см. таблицу 3.5).

Все рассмотренные стрессогенные факторы, действуя во времени и пространстве, отличаясь физическими параметрами (величиной, яркостью, длительностью и пр.) определили индивидуальное содержание психотравмирующей ситуации для обследованных комбатантов.

Длительное напряжение биологических, физиологических, психологических функций ведет к истощению защитных сил организма и к травматизации психики.

Наиболее выраженная картина психотравмы представлена сочетанием 14-ти травмирующих факторов, распределенным по всем четырем основным блокам (внешнесредовые, внутрисредовые, психофизические, психоэмоциональные факторы). Менее выраженная картина психотравмы представлена сочетанием 6-ти травмирующих факторов, распределенным по трем блокам, исключая блок внешнесредовых факторов.

Согласно рейтингу значимости наиболее травматичными для психики комбатантов являлись психоэмоциональные факторы (страх собственной смерти, страх при получении увечий сослуживцами, постоянное напряжение от ожидания угрозы, страх при виде смерти сослуживцев) и психофизические факторы (вегетативные реакции, травмирующие факторы боя, высокая интенсивность боевых действий, «рваный» режим жизнедеятельности). Природно-географические факторы занимают девятое место в рейтинге травматичности факторов. Тем не менее, более половины комбатантов (60,9 %) указали, что горные ущелья, «зеленка», обрывы являлись мощным источником потенциальной угрозы и, соответственно, нервно-психического напряжения.

Для поддержания боеготовности и нервно-психической устойчивости личного состава требовались специально организованные, либо спонтанно возникающие, мероприятия нейтрализации психотравмирующей ситуации. В заявленных комбатантами способах совладания со стрессом ведущее место занимает фактор «доверия командирам», что говорит в первую очередь о слаженности боевых подразделений, об ориентированности личного состава на безоговорочное выполнение приказа, о высоких профессиональных и моральных качествах непосредственных командиров. Далее по значимости идут социальные факторы (письма из дома, разговоры с сослуживцами, пользование баней, групповой настрой). В рейтинге факторов снятия напряжения алкоголь, наркотики и настойка пиона занимают второе, пятое, седьмое место. Балльная оценка значимости употребления алкоголя для совладания со стрессом по десятибалльной шкале максимально высокая (8–10 баллов).

Подтверждением травматизации психики стали проявления комбатантной психопатологии после возвращения комбатантов к условиям мирной жизни. В рейтинге на первом месте раздражительность, агрессивность, озлобленность. Полученная психотравма негативно отразилась на качестве здоровья: 86,9 % комбатантов заявили о головных болях, приступах тревоги и нарушении качества сна, связывая эти проявления с полученной травматизацией в период службы в зоне ведения боевых действий. О выраженной алкоголизации, как следствии психотравмы, заявили 65,2 % обследованных комбатантов.

3.2 Анализ результатов специализированного клинического интервьюирования и тестирования по опросниковым методикам

Характеристики основных статистических параметров исследуемых показателей (ПТСР, депрессии, личностной и ситуативной тревожности, суммарных показателей факторов психотравмы – обозначенных как шкала психотравматизации; суммарных показателей факторов совладания со стрессом – шкала совладания со стрессом; суммарных факторов, определяющих поведение комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни – шкала поведения в мирной жизни) представлены следующим образом (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Статистические параметры исследуемых показателей

Методика и шкала	X_{\min}	X_{\max}	X_{cp}	σ
Миссисипская шкала	35	134	76,24	27,093
Опросник Зунга	23	77	50,30	15,532
Личностная тревожность	1	9	6,91	2,074
Ситуативная тревожность	1	9	5,70	2,640
Шкала психотравматизации	44	120	75,61	18,589
Шкала совладания со стрессом	10	83	49,89	16,524
Шкала поведения в мирной жизни	10	99	49,39	23,275

X_{\min} – минимальное значение показателя, X_{\max} – максимальное значение, X_{cp} – среднее арифметическое значение, σ – выборочное среднее квадратическое отклонение.

По результатам Миссисипской шкалы ПТСР у 29-ти (63,1 %) комбатантов низкий уровень ПТСР – группа 1, 17 комбатантов (36,9 %) имеют высокий уровень ПТСР – группа 2 (таблица А.6).

По методике самооценки депрессивных состояний у 20-ти (45,6 %) комбатантов диагностируется отсутствие депрессии ($D \leq 50$). У 26-ти (54,3 %) комбатантов

комбатантов диагностируются различные депрессивные проявления ($D \geq 51$): у 11-ти комбатантов констатируется легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, у 9-ти комбатантов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, у 6-ти комбатантов диагностируется истинное депрессивное состояние (см. таблицу А.6).

По ИТТ высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) имеют 28 (60,9 %) комбатантов ($ЛТ \geq 7$), низкий и средний уровень ЛТ имеют 18 (39,1 %) комбатантов ($ЛТ \leq 6$). Высокий уровень ситуативной тревожности (СТ) имеют 22 (47,8 %) комбатанта ($СТ \geq 7$), низкий и средний уровень СТ имеют 24 (52,2 %) комбатанта ($СТ \leq 6$).

Распределение статистических параметров исследуемых показателей в группе 1 (низкий уровень ПТСР) и в группе 2 (высокий уровень ПТСР) можно представить в виде таблицы 3.7.

Таблица 3.7 – Распределение статистических параметров исследуемых показателей в двух группах испытуемых

Группа	Методика и шкала	Кол-во	X_{\min}	X_{\max}	$X_{\text{ср}}$	σ
1 (ПТСР \leq 89)	Миссисипская шкала	29	35	89	59,86	18,269
	Опросник Зунга	29	23	71	44,55	13,858
	Личностная тревожность	29	1	9	6,24	2,047
	Ситуативная тревожность	29	1	9	4,93	2,534
	Шкала психотравматизации	29	44	99	69,28	15,519
	Шкала совладания со стрессом	29	17	83	50,03	16,732
	Шкала поведения в мирной жизни	29	10	70	38,24	14,367
2 (ПТСР \geq 90)	Миссисипская шкала	17	90	134	104,18	12,842
	Опросник Зунга	17	29	77	60,12	13,421
	Личностная тревожность	17	3	9	8,06	1,600
	Ситуативная тревожность	17	1	9	7,00	2,345
	Шкала психотравматизации	17	52	120	86,41	18,805
	Шкала совладания со стрессом	17	10	77	49,65	16,669

X_{\min} – минимальное значение показателя, X_{\max} – максимальное значение, $X_{\text{ср}}$ – среднее арифметическое значение, σ – выборочное среднее квадратическое отклонение.

Среднее значение показателя ПТСР в группе 1 составляет 59,86. В группе 2 составляет 104,18. Значительная разница в показателе среднего значения и максимального значения психотравмы в двух исследуемых группах. Так в группе 1 средний показатель – 69,28 (максимальный – 99). В группе 2 средний показатель – 86,41 (максимальный показатель – 120). Незначительная разница в

средних и максимальных показателей в двух группах по факторам совладания со стрессом в боевой обстановке (см. таблицу 3.7).

Анализ сочетания показателей депрессии, ЛТ, СТ и уровня ПТСР проводился с помощью таблиц сопряженности (кросстабуляционных таблиц), с помощью критерия χ^2 Пирсона.

1. Анализ сочетания показателей ПТСР и показателей депрессии в двух группах испытуемых.

Статистические данные представлены в приложении Б. Сочетание показателей в группах с низким–высоким уровнем ПТСР и в группах с низким–высоким уровнем депрессии (таблица Б.1).

Высокий уровень ПТСР имеют 17 (37,0 %) комбатантов (группа 2). Из них высокий показатель депрессии у 13-ти (76,5 %) комбатантов, низкий показатель депрессии у 4-х (23,5 %) комбатантов. Низкий уровень ПТСР у 29-ти (63,0 %) комбатантов. Из них высокий показатель депрессии у 13-ти (44,8 %) комбатантов, низкий показатель депрессии у 16-ти (55,2 %) комбатантов.

В группе с низким уровнем ПТСР распределяется 80,0 % низкого показателя депрессии, только 20 % низкого показателя депрессии распределяется в группе с высоким уровнем ПТСР. Равное процентное распределение высокого уровня депрессии между группами с высоким и низким уровнем ПТСР. 76,5 % показателей высокого уровня ПТСР совпадают с высоким уровнем депрессии. 55,2 % показателей низкого уровня ПТСР совпадают с низким уровнем депрессии (см. таблицу Б.1).

По таблицам сопряженности с помощью критерия χ^2 , на уровне значимости ($p=0,036$), выявлена зависимость между показателями ПТСР и депрессии (таблица Б.2).

Выявленная зависимость между показателями была подтверждена с помощью других методов математической статистики. Дополнительно проведен регрессионный анализ и построены диаграммы рассеивания.

При проведении регрессионного анализа по методу шагового отбора, позволяющего выбирать главные факторы и отбрасывать второстепенные, прогнозировать одни показатели на основании других, было получено уравнение линейной регрессии показателя депрессии на ПТСР (таблица Б.10).

Уравнение имеет вид:

$$Д=A+B\cdot\text{ПТСР}, \quad (1)$$

где, Д – депрессия;

А – константа, равна 18,051, может быть в пределах [8,552–27,550];

В – коэффициент, равен 0,423, может быть в пределах [0,306–0,541];

ПТСР – показатель посттравматического стрессового расстройства.

Доверительные интервалы (95%), коэффициент корреляции ($r=0,738$), квадрат коэффициента корреляции ($r^2=0,545$). Это означает, что более половины значения показателя депрессии определяется показателем ПТСР.

При проведении более глубокого исследования зависимости показателей ПТСР и депрессии, были получены данные, изображенные на рисунке 3.1.

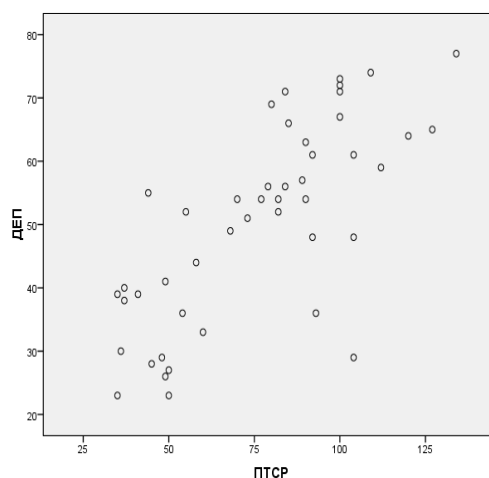


Рисунок 3.1 – Диаграмма рассеивания:

ДЕП – показатель уровня депрессии, ПТСР – показатель уровня ПТСР.

Диаграмма рассеивания показывает исключительно тесную зависимость между ПТСР и показателем депрессии.

2. Анализ сочетания показателей ПТСР и показателей личностной тревожности в двух группах испытуемых.

Согласно полученным данным 17 (36,9 %) комбатантов имеют высокий уровень ПТСР. Из них высокий уровень ЛТ у 15-ти (88,2 %) комбатантов, низкий уровень ЛТ у 2-х (11,8 %) комбатантов (таблица Б.3).

Низкий уровень ПТСР у 29-ти (63,1 %) комбатантов. Из них высокий уровень ЛТ у 13-ти (44,8 %) комбатантов, низкий уровень ЛТ у 16-ти (55,2 %) комбатантов. 88,9 % низкого показателя ЛТ распределяется в группе с низким уровнем ПТСР. 11,1 % низкого показателя ЛТ распределяется в группе с высоким уровнем ПТСР. Высокий уровень ЛТ (53,6 %) преобладает в группе с высоким уровнем ПТСР. 88,2 % показателей высокого уровня ПТСР совпадают с высоким уровнем ЛТ. 55,2 % показателей низкого уровня ПТСР совпадают с низким уровнем ЛТ (см.таблицу Б.3).

По таблицам сопряженности с помощью критерия χ^2 , на уровне значимости ($p=0,004$). выявлена зависимость между показателями ПТСР и ЛТ (таблица Б.4).

Полученные данные совпадают с выводами Н.В. Тарабриной, о том, что высокий уровень личностной тревожности связан с высоким уровнем ПТСР [38].

3. Анализ сочетания показателей ПТСР и показателей ситуативной тревожности в двух группах испытуемых.

Высокий уровень ПТСР у 17-ти (36,9%) комбатантов. Из них высокий уровень СТ у 13 (76,5 %) комбатантов, низкий уровень СТ у 4 (23,5 %) комбатантов. 29 (63,1 %) комбатантов имеют низкий уровень ПТСР. Из них высокий уровень СТ у 9 (31,0 %) комбатантов, низкий уровень СТ у 20 (69,0 %) комбатантов (таблица Б.5).

В группе с низким уровнем ПТСР распределяется 83,3 % низкого показателя СТ. В группе с высоким уровнем ПТСР распределяется 16,7 % низкого показателя СТ. Высокий уровень СТ (59,1 %) преобладает в группе высоким уровнем ПТСР. 76,5 % показателей высокого уровня ПТСР совпадают с высоким уровнем СТ. С низким уровнем СТ совпадают 69,0 % показателей низкого уровня ПТСР (см.таблицу Б.5).

По таблицам сопряженности с помощью критерия χ^2 , на уровне значимости ($p=0,003$) выявлена зависимость между показателями ПТСР и СТ (таблица Б.6).

Произведено сравнение различных факторов в зависимости от группы ПТСР с помощью методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни U). Уровни значимости по критерию Манна-Уитни представлены в приложении Б.

С помощью критерия Манна-Уитни были выявлены значимые (p) различия между группой 1 (низкий уровень ПТСР) и группой 2 (высокий уровень ПТСР) по показателям депрессии, ЛТ, СТ, суммарному показателю психотравмы ПТ и суммарному показателю факторов, определяющих поведение и состояние комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни ПП. По суммарному показателю способов совладания со стрессом ПБ значимых различий не обнаружено (таблица Б.7).

Проведен корреляционный анализ. По таблице коэффициентов корреляции выявлена тесная зависимость ПТСР и депрессии, коэффициент корреляции ($r=0,738$). Зависимость ПТСР и ЛТ ($r=0,565$), ПТСР и СТ ($r=0,497$), ПТСР и суммарным показателем психотравмы ПТ ($r=0,442$), ПТСР и ПП – суммарным показателем факторов, определяющих поведение комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни ($r=0,671$). Наиболее сильная связь с показателем ПТСР наблюдается у показателей Д, ПП и ЛТ (таблица Б.8).

Проведен анализ с помощью методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни U) по выявлению различий между группой 1 (низкий уровень ПТСР) и группой 2 (высокий уровень ПТСР) по суммарным показателям психотравмы, показателям факторов совладания со стрессом; показателям факторов, определяющих поведение комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни (таблица Б.9).

С помощью критерия Манна-Уитни (U) были выявлены значимые (p) различия между группой 1 (низкий уровень ПТСР) и группой 2 (высокий уровень ПТСР) по показателям психотравмы, аддиктивных факторов совладания со стрессом, факторов аддиктивного поведения в мирное время, комбатантной

психопатологии, дезадаптивного поведения, астенического синдрома. По показателям ПБ 3 (суммарный показатель седативного фактора), ПБ СОЦ (суммарный показатель адаптивных факторов совладания со стрессом), ПБ (общий суммарный показатель факторов совладания) значимых различий не обнаружено (см. таблицу Б.9).

Для проведения корреляционного анализа использовался коэффициент линейной корреляции по Пирсону (таблица Б.11).

По таблице коэффициентов корреляции выявлена тесная связь ПТСР с психотравмой ($r=0,442$); факторами, определяющими состояние и поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни, а именно:

1. С употреблением алкоголя ПП 1, коэффициент корреляции ($r=0,490$).
2. С факторами комбатантной психопатологии ПП КП, ($r=0,575$).
3. С факторами дезадаптивного поведения ПП ДП, коэффициент ($r=0,527$).
4. С факторами астенического синдрома ПП АС, коэффициент корреляции ($r=0,591$).

По таблице коэффициентов корреляции выявлена тесная связь психотравмы ПТ с ПТСР ($r=0,442$); аддиктивными факторами совладания со стрессом (употребление алкоголя, наркотиков), коэффициент корреляции ($r=0,432$); факторами, определяющими состояние и поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни, а именно:

1. С употреблением алкоголя ПП 1, коэффициент корреляции ($r=0,438$).
2. С факторами комбатантной психопатологии ПП КП, коэффициент корреляции ($r=0,5538$).
3. С факторами дезадаптивного поведения ПП ДП, коэффициент корреляции ($r=0,444$).
4. С факторами астенического синдрома ПП АС, коэффициент корреляции ($r=0,334$).

По таблице коэффициентов корреляции выявлена связь аддиктивных факторов совладания со стрессом ПБ АД с ПТСР ($r=0,344$), психотравмой ($r=0,432$),

факторами, определяющими состояние и поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни, а именно:

1. С употреблением алкоголя ПП 1, коэффициент корреляции ($r=0,617$).
2. С факторами комбатантной психопатологии ПП КП, коэффициент корреляции ($r=0,503$).
3. С факторами дезадаптивного поведения ПП ДП, коэффициент корреляции ($r=0,621$).

По таблице коэффициентов корреляции выявлена связь факторов, определяющих поведение комбатантов после возвращения в условия мирной жизни, с показателями ПТСР, психотравмы ПТ, аддиктивными ПБ АД и седативными ПБ 3 факторами совладания со стрессом, а именно:

1. Связь употребления алкоголя с ПТСР, ($r=0,490$); с психотравмой, ($r=0,438$); с аддиктивными факторами ПБ АД, ($r=0,617$).
2. Связь факторов комбатантной психопатологии с ПТСР, ($r=0,575$); с психотравмой, ($r=0,538$); с аддиктивными факторами ПБ АД, ($r=0,503$); с седативными факторами ПБ 3, ($r=0,402$).
3. Связь факторов дезадаптивного поведения ПП ДП с ПТСР, ($r=0,527$); с психотравмой, ($r=0,444$); с аддиктивными факторами ПБ АД, ($r=0,621$); с седативными факторами ПБ 3, ($r=0,511$).
4. Связь факторов астенического синдрома ПБ АС с ПТСР, ($r=0,591$).

Проведенный анализ позволил воссоздать картину боевой психотравмы для комбатантов, выделить систему травмирующих факторов, их соотношение с проявлениями ПТСР; выявить взаимосвязь травматизации психики комбатантов с особенностями их поведения после участия в боевых действиях и с характеристиками аффективного состояния в отсроченный период после травмы.

ВЫВОДЫ

1. Комбатанты, принимавшие участие в общевойсковой операции федеральных войск в Чечне по наведению конституционного порядка (1994-1995 гг.) и в КТО на Северном Кавказе (1999-2000 гг.), подвергались воздействию психотравмирующих факторов обстановки (внешнесредовых, внутрисредовых, психофизиологических, индивидуально-психологических). Системный анализ воздействующих факторов (сочетанность, интенсивность действия, глубина запечатления и эмоционального реагирования) позволили воссоздать индивидуальное содержание психотравмы в отсроченный период (15–20 лет) после участия в боевых действиях. О том, что воздействие на психику было мощным по силе и травмирующим по характеру, указывает факт глубокого эмоционально-личностного включения комбатантов в процесс обследования.

2. Для определения уровня травматизации пережитых комбатантами событий и их актуального состояния в текущий момент был разработан инструментарий для оценки специфических характеристик психотравмирующих факторов воинской службы (СКИ), подобран пакет психодиагностических методик, отвечающих требованиям валидности, надежности, информативности и простоты использования для исследования клинической картины ПТСР и аффективных нарушений в ее структуре. С помощью СКИ выявлено индивидуальное содержание психотравмы, характерные сочетания психотравмирующих факторов боевой обстановки и степень их влияния на психику комбатантов по субъективным оценкам последних. Обозначено содержание основных способов совладания со стрессом в период нахождения на территории ведения боевых действий и особенности поведения и состояния комбатантов после возвращения в условия мирной жизни, представленные алкоголизацией, комбатантной психопатологией, дезадаптивным поведением.

3. Разработанная на основании опыта пилотного и предшествующего клинического исследования система клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных вооруженных конфликтов

успешно и результативно апробирована в группе комбатантов. Психотравмирующий характер служебно-боевой деятельности подтвержден.

4. Анализ содержательных критериев и оценочных параметров исследованных материалов показал связь актуального психологического состояния комбатантов с травматизацией психики, полученной во время войны. Мощная по силе своей реалистичности и трагичности драма, пережитая каждым комбатантом, продолжает проявляться в актуальном психологическом состоянии.

5. Комбатанты с высокими показателями уровня ПТСР имеют более выраженную индивидуальную картину психотравмы по количеству сочетаемых факторов и по их балльной оценке. В их актуальном состоянии наиболее высокие показатели уровня депрессии, ситуативной и личностной тревожности. Анализ материалов выявил зависимость психотравмы, уровня ПТСР, состояния и поведения комбатантов после возвращения в условия мирной жизни. Подтверждением травматизации психики стали проявления комбатантной психопатологии: раздражительность, агрессивность, озлобленность, вспыльчивость, выраженная алкоголизация. Полученная психотравма негативно отразилась на уровне здоровья комбатантов. Высокий уровень показателей психотравмы и ПТСР коррелирует с высокими показателями личностной, ситуативной тревожности и высоким уровнем депрессии.

6. Анализ исследуемых параметров выявил значимые различия между группой комбатантов с низким уровнем ПТСР и группой комбатантов с высоким уровнем ПТСР по показателям депрессии, личностной, ситуативной тревожности, суммарному показателю психотравмы и суммарному показателю особенностей поведения и состояния комбатантов после возвращения в условия мирной жизни.

7. Методом ретроспективного исследования установлены системные соотношения психотравмирующих обстоятельств военной службы при выполнении задач в условиях локальных вооруженных конфликтов на территории Северного Кавказа с характером посттравматических стрессовых и, в частности, аффективных расстройств у комбатантов.

8. Разработанная программа исследования психотравмирующих факторов служебно-боевой деятельности в их связи с данными тестовой психодиагностики удобна в применении, информативна, следовательно, может применяться для отбора контингента пациентов специализированных медицинских организаций и, в частности, госпиталей для ветеранов войн.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основная цель исследования – установить методом ретроспективного исследования системные соотношения психотравмирующих обстоятельств военной службы при выполнении боевых задач в условиях локальных вооруженных конфликтов на территории Северного Кавказа с характером посттравматических стрессовых и, в частности, аффективных расстройств у комбатантов.

В теоретической части раскрыты существующие подходы к данной проблеме (литературный обзор), рассмотрены основные характеристики служебно-боевой деятельности, приводящей к боевой психотравматизации комбатантов.

В исследовательской части работы изучено индивидуальное содержание психотравмы, способы совладания со стрессом в служебно-боевой обстановке, особенности поведения комбатантов после возвращения к условиям мирной жизни. Проведена оценка выраженности симптоматики ПТСР с помощью Миссисипской шкалы ПТСР для участников боевых действий, характеристика тревожных и депрессивных нарушений в структуре аффективной сферы комбатантов с помощью ИТТ, методики самооценки депрессивных состояний В. Зунга.

Основные результаты работы: 1) система клинико-психологического анализа обстоятельств военной службы в условиях локальных вооруженных конфликтов создана и результативно апробирована; 2) психотравмирующий характер этих обстоятельств, подтвержден; 3) с помощью методов математической статистики доказано, что высокий уровень показателей индивидуального содержания психотравмы коррелирует с высокими показателями клинической картины ПТСР и показателями аффективных нарушений в ее структуре.

Таким образом, цель работы достигнута, задачи решены.

Результаты работы рекомендуется использовать для квалифицированной диагностики последствий военного синдрома, психологической реальности, для отбора контингента пациентов госпиталей для ветеранов войн.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1 Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». – <http://www.rg.ru/2012/05/09/zdorovje-dok.html>.

2 Федеральный закон от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах». – <http://www.rg.ru/1995/01/25/zakon-dok.html>.

3 Автоматизированное рабочее место военного психолога 83Т379 (АРМ ВП): методическое руководство / сост. И.А. Иванин. – М., 2009. – 324 с.

4 Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 300 с.

5 Альтман, Д.Ш. Организация медицинской помощи в ЧОКТГВВ на современном этапе / Д.Ш. Альтман, С.Е. Митронин, Т.М. Василенко и др. // Проблемы геронтологии, иммунологии. Организация медицинской помощи ветеранам войн: межрегион. сб. науч. работ. – Челябинск: ЗАО «Полисервис», 2014. – Т. 4. – С. 15–20.

6 Альтман, Д.Ш. Организация лечебно-реабилитационной помощи ветеранам современных войн с хронической недостаточностью мозгового кровообращения / Д.Ш. Альтман, Т.М. Василенко, С.Е. Митронин и др.; под ред. Д.Ш. Альтмана, Е.В. Давыдовой // Хроническая недостаточность мозгового кровообращения на ранних стадиях у ветеранов современных войн: монография. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2012. – С. 206–227.

7 Асташов, А.Б. Война как культурный шок: анализ психопатологического состояния русской армии в Первую мировую войну / А.Б. Асташов // Военно-историческая антропология. Ежегодник, 2002. – Предмет, задачи, перспективы развития. – М., 2002. – С. 258–287.

8 Аствацатуров, М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях / М.И. Аствацатуров // Военно-медицинский журнал. – 1912. – Т. ССXXXV. – С. 12–78.

9 Аствацатуров, М.И. Функциональные заболевания нервной системы в связи с повреждениями военного времени / М.И. Аствацатуров; под. ред. М.И. Аствацатурова // Руководство по военной невропатологии. – Л., 1936. – С. 28–41.

10 Бассин, Ф.В. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии): руководство по психотерапии / Ф.В. Бассин, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова. – Ташкент: Медицина, 1979. – 285 с.

11 Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.В. Березин. – М.: Наука, 1988. – 207 с.

12 Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.

13 Бундало, Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия): автореферат дис. ... канд. м. наук / Н.Л. Бундало. – М., 2009. – 35 с.

14 Данильченко, С.А. Отношение к смерти и бессмертию на войне: монография / С.А. Данильченко, Р.В. Кадыров, В.Е. Кулешов. – Владивосток: ТОВМИ, 2007. – 112 с.

15 Джеймс, Х. Душевные омуты: возвращение к жизни после тяжелых потрясений / Х. Джеймс; пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2006. – 192 с.

16 Дзеружинская, Н.А. Клинические стандарты реабилитации комбатантов с боевой психической травмой / Н.А. Дзеружинская, О.Г. Сыропятов. – http://www.universalinternetlibrary.ru/book/60719/chitat_knigu.shtml.

17 Кадыров, Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р.В. Кадыров. – СПб.: Речь, 2012. – 448 с.

18 Кадыров, Р.В. Особенности смысловой сферы у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях / Р.В. Кадыров // Психология саморазвития человека: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2008. – С. 93–100.

- 19 Калшед, Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа / Д. Калшед; пер. с англ. – М.: Академический проспект, 2001. – 368 с.
- 20 Караяни, А.Г. Прикладная военная психология / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. – СПб.: Питер, 2006. – 480 с.
- 21 Караяни, А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / А.Г. Караяни, М.С. Полянский. – М., 2003. – 78 с.
- 22 Караяни, А.Г. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадaptация участников боевых действий / А.Г. Караяни, Ю.М. Караяни // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 59–65.
- 23 Караяни, А.Г. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий: монография / А.Г. Караяни, Ю.М. Волобуева, В.Ф. Дубяга. – М.: МГОУ, 2007. – 120 с.
- 24 Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 2000. – 368 с.
- 25 Клаузевиц, К.О. О войне / Карл фон Клаузевиц; пер. с нем. А. Рачинский. – М.: Эксмо, 2007. – 565 с.
- 26 Корчемный, П. Из боя так просто не выйдешь / П. Корчемный // Независимое военное обозрение. – 1997. – № 6. – С. 18–27.
- 27 Крахмалев, А.В. Боевая психическая травма: причины, проявления, первая помощь / А.В. Крахмалев, А.А. Кучер. – <http://kiev-security.org.ua/box/13/79.shtml>.
- 28 Литвинец, С.В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С.В. Литвинец, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 318 с.
- 29 Магомед-Эминов, М.Ш. Трансформация личности / М.Ш. Магомед-Эминов. – М.: Психологическая ассоциация, 1999. – 494 с.
- 30 Международное право. Ведение военных действий: сборник Гаагских конвенций и иных международных документов. – 3-е изд., испр. – М.: Международный Комитет Красного Креста, 2001. – 336 с.

31 Миронов, В.Н. Я был на этой войне. Чечня, год 1995-й / В.Н. Миронов. – М.: Эксмо, 2008. – 284 с.

32 Набиуллина, Р.Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие / Р.Р. Набиуллина, И.В. Тухтарова. – Казань, 2003. – 98 с.

33 Нечипоренко, В.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы / В.В. Нечипоренко, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 4. – С. 22–26.

34 Пищелко, А.В. Реадаптация и ресоциализация / А.В. Пищелко, Д.В. Сочивко. – М.: ПЕР СЭ, 2003. – 208 с.

35 Попов, Ю.Л. История развития тактики боя в населенных пунктах: монография / Ю.Л. Попов, А.И. Кузнецов, Д.А. Костюк. – Челябинск: ЧВВАКИУ, 2007. – 140 с.

36 Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005. – 204 с.

37 Право войны. Руководство для Вооруженных Сил / под ред. Фредерик де Мулинен. – 2-е изд., испр. – М.: международный Комитет Красного Креста, 1999. – 324 с.

38 Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. теория и методы / Н.В. Тарабрина и др. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.

39 Практикум по психологии состояний: учебное пособие / под ред. А.О. Прохорова. – СПб.: Речь, 2004 – 480 с.

40 Применение интегративного теста тревожности (ИГТ): методические рекомендации / сост. А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – 16 с.

41 Психическое здоровье ветеранов афганской войны / под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск, 1999. – 384 с.

- 42 Психология катастроф: учебное пособие / П.И Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Маруняк; под ред. П.И. Сидорова. – М.: Аспект Пресс, 2008. – 414 с.
- 43 Психология служебной деятельности: учебное пособие / П.Н. Балыков, Ю.Е. Дьячкова, А.Г. Караяни и др.; под общей ред. А.К. Караяни, Е.Л. Солдатовой. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2014. – 212 с.
- 44 Решетников, М. Психическая травма / М. Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2006. – 204 с.
- 45 Рогозин, Д. Война и мир в терминах и определениях: словарь / Д. Рогозин. – М.: ПоРог, 2004. – С. 329.
- 46 Сабаев, П.И. Опыт применения общевойсковых частей и подразделений в локальных войнах и вооруженных конфликтах: учебное пособие / П.И. Сабаев. – Челябинск: Челябинский танковый институт, 2000. – 99 с.
- 47 Свядош, А.М. Неврозы и их лечение / А.М. Свядош. – М.: Медицина, 1987. – 147 с.
- 48 Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М.: Медицина, 1960. – 254 с.
- 49 Снедков, Е.В. Боевая психическая травма: автореферат дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Снедков. – СПб., 1997. – 37 с.
- 50 Стрельников, А.А. Патогенез посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных конфликтов: автореферат дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Стрельников. – СПб., 1998. – 39 с.
- 51 Съедин, С.И. Психологические последствия участия в боевых действиях / С.И. Съедин, Р.А. Абдурахманов. – М. 1992. – 291 с.
- 52 Тарабрина, Н.В. Психологические характеристики лиц, переживших военный стресс / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова и др. // Труды Института психологии РАН. – М. 1997. – С. 254–262.
- 53 Тополенский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополенский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 383 с.

54 Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 107 с.

55 Черепанова, Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях / Е.М. Черепанова. – М., 1995. – 238 с.

56 Шанин, В.Ю. Патологические основы реабилитации участников войн / В.Ю. Шанин, А.А. Стрельников // Медицинская реабилитация раненых и больных. – СПб.: «Специальная литература», 1997. – С. 82–111.

57 Figley, C.R. Stress Disorder among Vietnam Veterans / C.R. Figley. – N.Y.: Brunner-Hazel, 1978. – 78 p.

58 Freud, S. Psychoanalysis and the War Neurosis / S. Freud. – London: Hogarth Press, 1955. – 205 p.

59 Grinker, R. Men under Stress / R. Grinker, J. Spiegel. – Philadelphia, 1945. – 152 p.

60 Horowitz, M.J. Signs and Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder / M.J. Horowitz // Arch. Gen. Psychiatry. – 1980. – Vol. 37. – P. 85–92.

61 Kardiner, A. War Stress and Neurotic Illness / A. Kardiner, H. Spiegel. – N.Y., 1947. – 218 p.

62 Kardiner, A. The Traumatic Neurosis of War / A. Kardiner. – N.Y.: Heber, 1941. – 171 p.

Таблица А.1 – Балльная оценка факторов совладания со стрессом во время боевых действий

№ участника	Фактор										Сумма баллов
	Алкоголь	Наркотики (анаша, героин)	Настойка пиона	Разговоры с сослуживцами	Юмор	Письма из дома	Баня	Групповой настрой	Благодарность командования	Авторитетност ь командира	
1	+10	-	-	+8	+3	-	+10	-	-	-	31
2	+10	-	-	-	-	-	+10	-	-	+10	30
3	+8	+7	+7	-	-	-	-	-	-	+10	32
4	-	-	+10	-	+3	+10	+10	+9	-	+10	52
5	-	-	-	+6	+4	+10	+10	+7	+8	+10	55
6	+9	-	-	+9	+10	+10	+10	+10	+8	+10	76
7	+10	-	-	-	+9	-	+10	+10	-	+10	49
8	+9	+7	-	+8	-	-	-	+10	-	+10	44
9	+10	-	+7	+9	+10	+10	+10	+10	+7	+10	83
10	+10	-	+10	-	+5	+10	+10	-	-	-	45
11	+10	+9	-	+6	-	-	-	+7	-	+10	42
12	-	-	-	+9	+9	-	+10	-	+8	-	36
13	+10	-	-	-	-	+9	+10	+9	+4	+10	52
14	+10	+8	+10	+7	+3	-	+10	+8	-	+10	66
15		+7	+6	+6	+9	+10	+10	+10		+10	68
16	+9	+8	-	-	-	+10	+10	-	+9	-	46
17	+8	-	+7	+8	+10	-	+10	+10	+7	+10	70
18	-	+9	-	+10	-	+10	-	-	-	+10	39
19	+9	+7	-	-	-	+10	+10	+10	-	+10	56
20	+10	+10	+8	+4	+5	+7	+10	+7	+5	+10	76
21	+10	+10	+10	+6	+4	+10	+10	+7	-	+10	77
22	+10	-	-	+8	-	-	+10	-	-	+10	38
23	-	-	-	+7	-	-	-	-	-	+10	17
24	-	+10	+5	-	-	-	+10	+10	+9	+10	54
25	-	-	+7	+10	-	-	+10	-	-	+10	37
26	-	-	+6	+9	-	-	+10	+10	-	+10	45
27	-	-	-	+9	+10	+10	+10	+10	-	+10	59
28	-	-	+9	-	-	+9	+10	-	+6	-	34
29	+9	-	-	-	+8	+9	-	+10	+7	+10	53
30	-	-	-	+10	+7	+10	+10	+10	+10	+10	67
31	+8	-	-	+10	-	-	-	+10	+10	+10	48
32	-	-	-	+9	+9	+10	+10	+10	+10	+10	68
33	+10	-	+10	+3	-	-	-	+8	-	+10	41
34	+9	-	-	+7	+9	+10	+10	-	-	-	45
35	-	-	-	-	-	-	+10	-	+10	-	20
36	+10	+10	+7	+6	-	-	-	+9	-	+10	52
37	+10	+9	+7	+6	-	-	-	-	-	+10	42

№ участника	Фактор										Сумма баллов
	Алкоголь	Наркотики (анаша, героин)	Настойка пиона	Разговоры с сослуживцами	Юмор	Письма из дома	Баня	Групповой настрой	Благодарность командования	Авторитетность командира	
38	-	-	+5	+8	+8	+9	-	+10	-	+10	50
39	+10	-	-	+5	+4	+10	+10	+7	+5	+10	61
40	-	+8	+7	-	+9	-	+10	+10	+4	+10	58
41	+10	-	-	+10	-	-	-	-	-	+10	30
42	+10	+10	-	+7	+3	+10	+10	+9	+6	+10	75
43	+10	+7	+8	+8	-	-	+10	+10	-	+10	63
44	-	+9	+7	+10	-	-	+10	-	-	+10	46
45	-	-	-	+7	+5	+10	+10	+8	+7	+10	57
46	-	-	-	-	-	+10	-	-	-	-	10

Таблица А.2 – Балльная оценка факторов, определяющих поведение и состояние комбатантов, после возвращения в условия мирной жизни

№ участника	Фактор										Сумма факторов
	Алкоголь	Нарушение сна	Раздражительность	Агрессивность, озлобленность	Вспыльчивость	Конфликтность на службе	Нарушения семейных отношений	Проблемы трудоустройства	Отказ от активной трудовой деятельности	Нарушение здоровья (головные боли, панические атаки)	
1	+10	+10	+10	-	+10	+8	-	-	-	+9	57
2	+10	+9	+10	+10	+10	-	+8	-	-	+10	67
3	+9	+9	+10	-	-	7	+4	-	-	+5	44
4	+10	+10	+10	+10	+10	+10	+10	+10	+10	+9	99
5	-	-	+10	+9	-	-	-	-	-	+10	29
6	-	+9	-	-	-	-	-	+10	-	+6	25
7	-	+10	+10	-	-	6	-	-	-	-	26
8	+9	+10	+7	+8	+7	+6	+3	+4	-	+4	58
9	+10	+9	+9	+5	+5	+5	-	-	-	-	43
10	+10	+10	+10	+9	+10	+10	+6	-	-	+9	74
11	+10	+10	+10	+8	+10	-	-	+10	+9	+7	74
12	-	-	+9	-	+5	-	-	-	-	+4	18
13	+10	+10	+10	+9	-	+10	+9	-	-	+10	68
14	+10	+10	+10	+10	+9	+7	+8	+10	+7	+10	91
15	-	+8	+9	+3	+6	-	-	+2	-	+2	30

№ участника	Фактор										Сумма факторов
	Алкоголь	Нарушение сна	Раздражительность	Агрессивность, озлобленность	Вспыльчивость	Конфликтность на службе	Нарушения семейных отношений	Проблемы трудоустройства	Отказ от активной трудовой деятельности	Нарушение здоровья (головные боли, панические атаки)	
16	+9	+9	+9	+4	+7	+4	-	+5	-	+7	54
17	-	-	-	+5	+7	-	+7	-	+6	+4	29
18	+8	+7	-	-	+10	-	-	+8	-	-	33
19	+8	+6	+5	+7	+10	+4	+2	+6	-	+10	58
20	+10	+10	+10	+10	-	-	+10	+10	-	+10	70
21	+10	+10	+10	+10	+10	+8	+9	+10	+6	+10	93
22	+7	+7	+8	+6	+4	-	+7	+6	-	+3	48
23	-	+8	-	-	-	-	+5	+8	-	+7	28
24	-	+8	-	+5	+7	+7	-	-	+6	+4	37
25	+7	+9	+8	-	+6	-	+6	-	+6	+3	45
26	+8	+6	-	-	-	-	-	+5	+5	+5	29
27	-	-	-	-	-	-	-	-	5	+5	10
28	-	+9	+7	+4	+5	+7	-	-	-	+9	41
29	-	-	+8	-	+6	-	-	-	-	-	14
30	-	+7	+8	-	+8	-	-	-	-	-	23
31	+9	+8	+9	-	+8	-	-	-	-	+9	43
32	-	+7	+10	-	+9	-	-	+6	-	+6	38
33	+10	+10	+10	+9	+10	+10	+10	+10	-	+7	86
34	+10	-	+10	-	+8	-	+9	+7	-	+10	54
35	-	+9	+4	-	+5	+3	-	-	-	+10	31
36	+10	+10	+10	+8	+10	10	+8	+10	+10	+10	96
37	+10	+10	+10	+9	+10	+10	+4	+10	-	+6	79
38	+9	+6	-	+4	+8	-	-	+4	+5	-	36
39	+10	+10	+10	+7	+10	-	+9	-	+8	+7	71
40	+7	+8	+5	+4	+7	+8	-	-	-	+5	44
41	+7	+9	+6	+5	+3	-	-	+6	-	+5	41
42	+10	+10	-	-	+8	+10	+9	+8	+8	+7	70
43	+8	+10	+8	-	+8	+9	+2	10	-	+6	61
44	+9	+10	+7	+6	+7	-	+6	+7	-	+4	56
45	-	+10	+10	-	-	-	+3	-	-	+8	31
46	-	+10	-	-	-	-	-	-	-	+10	20

Таблица А.3 – Факторы индивидуального содержания психотравмы

Наименование фактора	Количество выборов	%
Природно-географические условия	28	60,9
Погодно-климатические условия	17	36,9
Наличие изоляции от основных сил	17	36,9
Негативное отношение местного населения. Сплоченность противоборствующих групп	30	65,2
Рваный режим жизнедеятельности	25	54,3
Постоянное напряжение от ожидания угрозы	39	84,8
Вегетативные реакции	38	82,6
Травмирующие факторы боя	31	67,4
Страх при виде смерти сослуживцев	31	67,4
Страх при получении увечий сослуживцами	40	86,9
Страх при виде трупов противника и местного населения	18	39,1
Факт полученного ранения	21	45,6
Страх собственной смерти	43	93,5
Картины разрушений и искореженной техники	19	41,3
Социальный дистресс: тоска, чувство вины	31	67,4

Таблица А.4 – Факторы совладания со стрессом при выполнении служебно-боевой деятельности

Наименование фактора	Количество выборов	%
Употребление алкоголя	27	58,7
Употребление наркотиков	17	36,9
Употребление настойки пиона	20	43,5
Разговоры с сослуживцами	32	69,6
Юмор	22	47,8
Письма из дома	22	47,8
Баня	33	71,7
Групповой настрой	29	63,0
Благодарность командования за выполнение приказа	18	39,1
Доверие командирам	38	82,6

Таблица А.5 – Факторы, определяющие состояние и поведение комбатантов, после возвращения в условия мирной жизни

Наименование фактора	Количество выборов	%
Употребление алкоголя	30	65,2
Раздражительность	36	78,3
Агрессивность (озлобленность)	26	56,5
Вспыльчивость	36	78,3
Конфликтность на службе	22	47,8
Нарушение внутрисемейных отношений	23	50,0
Проблемы трудоустройства	23	50,0
Отказ от активной трудовой деятельности	13	28,3
Нарушение сна	40	86,9
Нарушение здоровья	40	86,9

Таблица А.6 – Показатели ПТСР, депрессии, тревожности

№ участника	ПТСР	Депрессия	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
1	104	29	3	1
2	92	48	9	9
3	58	44	9	8
4	120	64	9	9
5	93	36	7	6
6	60	33	5	2
7	50	21	6	6
8	60	54	8	9
9	77	54	7	3
10	127	65	9	8
11	104	48	6	2
12	50	27	6	2
13	92	61	8	7
14	112	59	9	8
15	44	53	7	6
16	55	52	8	9
17	45	28	4	2
18	48	29	5	4
19	89	60	9	8
20	90	56	8	8
21	90	54	9	8
22	82	56	8	8
23	82	50	8	7
24	71	51	9	7
25	82	54	6	4
26	83	69	5	5
27	41	26	4	1
28	41	39	8	7
29	41	41	4	1
30	37	40	6	5

Продолжение приложения А

Окончание таблицы А.6

№ участника	ПТСР	Депрессия	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
31	35	39	6	5
32	35	23	1	1
33	102	72	9	7
34	54	36	5	3
35	37	38	6	5
36	133	77	9	9
37	102	71	8	8
38	36	30	2	1
39	102	73	9	9
40	89	59	8	6
41	85	66	5	5
42	100	67	7	5
43	68	49	9	7
44	80	69	8	6
45	109	74	8	7
46	104	61	9	8

№ участника исследования	Внешне-средовые факторы		Внутрисредовые факторы		Психофизиологические факторы				Психоэмоциональные факторы								Сумма баллов
	Природно-географические условия	Погодно-климатические условия (жара, затяжные дожди)	Наличие изоляции от основных сил	Негативное отношение местного населения в зоне боевых действий	Высокая интенсивность боевых действий (физическая усталость, измотанность)	«Рваный» режим жизнедеятельности (действия ночью, дозоры, караулы)	Постоянное напряжение от ожидания угрозы	Вегетативные реакции (приливы жара, холодок по спине, мурашки по телу, волосы дыбом на руках)	Факторы боя (взрывы, миномётны обстрел, огнёмёты, оглушение от взрывов)	Смерть сослуживцев	Увечья сослуживцев	Трупы противника и местного населения	Факт полученного ранения	Хроническая тревога. Угроза жизни. Страх.	Вид искорёженной техники	Тоска. Шансон. Жалость к себе.	
1	+5	-	+7	-	+10	+9	+10	-	-	+10	+10	-	-	+10	-	-	71
2	+6	-	-	-	+9	+10	+10	+8	+9	-	+10	-	-	+10	-	+8	80
3	-	-	-	+4	+10	+7	+9	-	-	+10	+9	-	-	+9	-	+5	63
4	+8	+5	-	-	+10	+8	+10	+9	+9	+10	+10	-	-	+10	-	+7	96
5	+7	-	+4	-	+6	+9	+10	+8	-	+10	+10	-	-	+10	-	-	74
6	+4	-	+6	-	+7	-	+9	+4	-	+10	+8	-	+10	+9	-	-	67
7	+3	-	-	-	+7	+8	+9	-	+8	-	+9	-	-	+9	-	-	53
8	+5	+3	+8	+5	+8	+8	+8	+3	+9	+10	+9	-	+10	+9	-	+4	99
9	+4	-	+8	+4	+9	-	+9	+4	+8	+10	+9	+2	-	+9	+3	+5	84
10	+6	-	-	+6	+10	-	+10	+9	-	+10	+10	-	-	+10	-	-	71
11	7	+5	+9	+5	+10	+9	+10	+9	+10	-	-	+7	+10	+10	+4	+7	112
12	-	-	-	-	+7	-	+9	+6	-	+10	+8	+4	-	+9	+1	+6	60
13	-	+3	+10	+7	+10	-	+9	+10	+10	-	+10	-	-	+10	-	+9	88
14	+8	+5	-	+6	+9	+10	+9	+9	+10	+10	+10	-	-	+10	-	+10	106
15	+5	-	-	+4	+7	-	+8	+6	+8	+10	+7	+3	+10	+9	-	-	77
16	+4	-	+6	+3	+7	-	+9	+6	+8	+10	+9	-	+10	+8	-	+4	84
17	-	+2	-	+3	+7	+8	+8	+5	+7	+10	+9	+5	+10	+9	+2	-	85
18	+6	+3	-	+4	+7	-	+7	+7	+9	-	+8	-	-	+9	+1	+5	66
19	+5	+3	-	-	+8	+7	-	+6	+8	+10	+9	+3	+10	+9	+3	+4	85
20	-	-	-	+6	+9	-	-	+8	+10	+10	+10	+5	+10	+10	+4	+9	91
21	+9	+6	+8	-	+9	-	-	+9	+9	+10	+10	-	+10	+10	-	-	90

Таблица А.7 – Балльная оценка индивидуального содержания

Продолжение приложения А

22	+7	-	-	+5	-	+8	+7	+6	-	-	+9	+2	-	+9	+4	+6	63
23	+4	-	-	-	+8	+9	+8	+7	+7	+10	+8	-	-	-	-	-	61
24	-	-	-	+4	+8	-	+8	+8	+8	-	+7	-	+10	+8	-	-	61
№ участника исследования	Внешне-средовые факторы		Внутрисредовые факторы		Психофизиологические факторы				Психоэмоциональные факторы								Сумма баллов
	Природно-географические условия	Погодно-климатические условия (жара, затяжные дожди)	Наличие изоляции от основных сил	Негативное отношение местного населения в зоне боевых действий	Высокая интенсивность боевых действий (физическая усталость, измотанность)	«Рваный» режим жизнедеятельности (действия ночью, дозоры, караулы)	Постоянное напряжение от ожидания угрозы	Вегетативные реакции (приливы жара, холодок по спине, мурашки по телу, волосы дыбом на руках)	Факторы боя (взрывы, миномётны обстрел, огнёмёты, оглушение от взрывов)	Смерть сослуживцев	Увечья сослуживцев	Трупы противника и местного населения	Факт полученного ранения	Хроническая тревога. Угроза жизни. Страх.	Вид искорёженной техники	Тоска. Шансон. Жалость к себе.	
25	-	+3	-	+3	+7	-	+8	+7	+9	+10	+7	-	-	+9	-	+6	69
26	+4	+4	-	+4	-	+9	+9	+4	+8	-	+8	+5	-	-	-	+6	61
27	+4	-	-	+4	-	-	-	+4	+8	+10	+8	-	+10	+9	-	-	57
28	-	-	-	+5	+8	+9	+7	+3	-	-	+9	-	-	+9	-	-	50
29	-	-	-	+6	-	+8	+10	+6	+10	+10	+7	+4	+10	+10	+2	+4	87
30	-	-	+6	+4	+9	+8	+7	-	-	+10	-	-	-	+9	+1	+4	58
31	+2	-	+5	+5	+7	+7	+8	+5	+9	+10	+9	+4	-	+10	+3	+3	87
32	+5	-	+5	-	+8	-	+7	+6	-	+10	-	-	+10	+9	-	-	60
33	+8	+5	-	+7	+10	+9	+10	+10	+10	-	+10	+7	+10	+10	+4	+10	120
34	-	+4	-	-	-	-	+9	-	-	-	+9	+5	-	+10	+2	+6	45
35	-	-	-	-	+9	+7	-	-	+10	-	-	-	+10	+9	+2	-	47
36	+9	-	+8	+6	+9	-	+9	+7	+10	+10	-	+4	+10	+10	+3	+10	105
37	-	-	-	+5	-	+10	+10	+10	-	-	-	-	+10	+10	-	+9	64
38	+4	+4	-	+4	+7	+9	+7	+3	+9	+10	+8	+3	-	+9	+3	+5	85
39	-	+6	+7	+6	-	-	-	-	+10	+10	+10	-	-	+10	+5	+8	72
40	+4	-	-	-	-	-	-	-	-	+10	+9	-	+10	+8	-	+3	44
41	+2	-	+7	+4	+9	+10	+5	+7	-	+10	+8	+3	+10	+9	+3	+5	92

Окончание таблицы А 7

Окончание приложения А

42	-	+5	-	-	+8	-	+10	+10	+10	-	+10	+5	-	+10	-	+9	77
43	+2	+4	-	-	+7	-	+8	+5	+7	+10	+9	+4	-	+8	+2	+6	72
44	-	-	+6	+4	+7	+8	+8	+5	+9	-	+9	-	+10	+9	-	+6	81
45	+5	-	+8	+5	+9	+9	+10	+10	+10	+10	+10	-	-	+10	-	+10	106
46	-	-	-	+4	-	-	+10	+9	-	+10	+9	-	+10	-	-	-	52

Таблица Б.1 – Сочетание показателей уровня ПТС и депрессии

		Группа ПТСР			
		1	2	Total	
Группа депрессии	1	Count	16	4	20
		Expected Count	12,6	7,4	20,0
		% в группе депрессии	80,0 %	20,0 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	55,2 %	23,5 %	43,5 %
	2	Count	13	13	26
		Expected Count	16,4	9,6	26,0
		% в группе депрессии	50,0 %	50,0 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	44,8 %	76,5 %	56,5 %
Total	Count	29	17	46	
	Expected Count	29,0	17,0	46,0	
	% в группе депрессии	63,0 %	37,0 %	100,0 %	
	% в группе ПТСР	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Таблица Б.2 – Критерий χ^2 Пирсона для ПТСР и депрессии

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,367 ^a	1	0,037	0,064	0,036

Таблица Б.3 – Сочетание показателей уровня ПТСР и личностной тревожности

		Группа ПТСР			
		1	2	Total	
Группа личностной тревожности	1	Count	16	2	18
		Expected Count	11,3	6,7	18,0
		% в группе личностной тревожности	88,9 %	11,1 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	55,2 %	11,8 %	39,1 %
	2	Count	13	15	28
		Expected Count	17,7	10,3	28,0
		% в группе личностной тревожности	46,4 %	53,6 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	44,8 %	88,2 %	60,9 %
Total	Count	29	17	46	
	Expected Count	29,0	17,0	46,0	
	% в группе личностной тревожности	63,0 %	37,0 %	100,0 %	
	% в группе ПТСР	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Таблица Б.4 – Критерий χ^2 Пирсона для ПТСР и личностной тревожности

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,478 ^a	1	0,004	0,005	0,004

Таблица Б.5 – Сочетание показателей уровня ПТСР и ситуативной тревожности

		Группа_ПТСР			
		1	2	Total	
Группа ситуативной тревожности	1	Count	20	4	24
		Expected Count	15,1	8,9	24,0
		% в группе ситуативной тревожности	83,3 %	16,7 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	69,0 %	23,5 %	52,2 %
	2	Count	9	13	22
		Expected Count	13,9	8,1	22,0
		% в группе ситуативной тревожности	40,9 %	59,1 %	100,0 %
		% в группе ПТСР	31,0 %	76,5 %	47,8 %
Total	Count	29	17	46	
	Expected Count	29,0	17,0	46,0	
	% в группе ситуативной тревожности	63,0 %	37,0 %	100,0 %	
	% в группе ПТСР	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Таблица Б.6 – Критерий χ^2 Пирсона для ПТСР и ситуативной тревожности

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,867 ^a	1	0,003	0,005	0,003

Таблица Б.7 – Уровни значимости по Критерию Манна-Уитни

Test Statistics ^a										
	Гр Д	Гр ЛТ	Гр СТ	ПТСР	Д	ЛТ	СТ	ПТ	ПБ	ПП
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,039	0,004	0,003	0,000	0,001	0,001	0,005	0,004	0,964	0,000

a. Grouping Variable: ПТСР

Таблица Б.8 – Коэффициенты линейной корреляции по Пирсону

Correlations						
		ПТСР	Д	ЛТ	СТ	ПТ
ПТСР	Pearson Correlation	1,000	0,738**	0,565	0,497**	0,442**
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,002
Д	Pearson Correlation	0,738**	1,000	0,672**	0,660**	0,430**
	Sig. (2-tailed)	0,000	–	0,000	0,000	0,003
ЛТ	Pearson Correlation	0,565**	0,672**	1,000	0,896**	0,216
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	–	0,000	0,149
СТ	Pearson Correlation	0,497**	0,660**	0,896**	1,000	0,190
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	–	0,206
ПТ	Pearson Correlation	0,442**	0,430**	0,216	0,190	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,002	0,003	0,149	0,206	–
ПБ	Pearson Correlation	-0,049	0,002	-0,071	-0,136	0,250
	Sig. (2-tailed)	0,744	0,990	0,639	0,368	0,093
ПП	Pearson Correlation	0,671**	0,567**	0,529**	0,539**	0,554**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица Б.9 – Уровни значимости по Критерию Манна-Уитни

Test Statistics ^a										
	ПТ	ПБ АД	ПБЗ	ПБ СОЦ	ПБ	ПП1	ПП КП	ПП ДП	ПП АС	ПП
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,004	0,023	0,536	0,350	0,964	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000

a. Grouping Variable: Гр_ПТСР

Таблица Б.10 – Данные регрессионного анализа

Model Summary							
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate			
1	0,738 ^a	0,545	0,534	10,600			

a. Predictors: (Constant), ПТСР

Coefficients ^a								
Model		Unstandard. Coeff.		Stand. Coeff.	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	U p per Bound
1	(Constant)	18,051	4,713		3,830	0,000	8,552	27,550
	ПТСР	0,423	0,058	0,738	7,253	0,000	0,306	0,541

a. Dependent Variable: Депрессия

Таблица Б.11 – Коэффициенты линейной корреляции по Пирсону

Correlations											
	ПТСР	ПТ	ПБ АД	ПБЗ	ПБ СОЦ	ПБ	ПП1	ПП КП	ПП ДП	ПП АС	ПП
ПТСР	1	0,442 ^{**}	0,344 [*]	0,284	-0,277	0,049	0,490 [*]	0,575 ^{**}	0,527 ^{**}	0,591 ^{**}	0,671
ПТ	0,442	1	0,432 [*]	0,222	0,016	0,250	0,438	0,538 ^{**}	0,444 ^{**}	0,334 [*]	0,554
ПБ АД	0,344 [*]	0,432 [*]	1	0,201	-0,175	0,303	0,617	0,503 ^{**}	0,621 ^{**}	0,233	0,638
ПБЗ	0,284	0,222	0,201	1	-0,082	0,247	0,323 [*]	0,402 ^{**}	0,511 ^{**}	0,234	0,494
ПБ СОЦ	-0,277	0,016	-0,175	0,082	1	0,856	-0,296	-0,220	-0,192	-0,094	0,245
ПБ	-0,049	0,250	0,303 [*]	0,247	0,856 ^{**}	1	0,057	0,100	0,203	0,065	0,155
ПП1	0,490 [*]	0,438 ^{**}	0,617 ^{**}	0,323 [*]	-0,296 [*]	0,057	1	0,583 ^{**}	0,676 ^{**}	0,336 [*]	0,787
ПП КП	0,575 [*]	0,538 ^{**}	0,503 ^{**}	0,402 [*]	-0,220	0,100	0,583 [*]	1	0,584 ^{**}	0,323 [*]	0,808 [*]
ПП ДП	0,527 [*]	0,444 ^{**}	0,621 ^{**}	0,511 [*]	-0,192	0,203	0,676 [*]	0,584 ^{**}	1	0,505 ^{**}	0,914 [*]
ПП АС	0,591 [*]	0,334 [*]	0,233	0,234	-0,094	0,065	0,336 [*]	0,323 [*]	0,505 ^{**}	1	0,629 [*]
ПП	0,671 [*]	0,554 ^{**}	0,638 ^{**}	0,494 [*]	-0,245	0,155	0,787 [*]	0,808 ^{**}	0,914 ^{**}	0,629 ^{**}	1