

Н.В. Зеленина, С.С. Назаров, А.А. Марченко, С.А. Ранцева,
П.А. Выприцкий, В.В. Юсупов, С.Г. Кузьмин, А.Н. Зубов

Особенности адаптации после психического травматического стресса у военнослужащих, выполнявших специальные задачи

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Изучены особенности адаптации после психического травматического стресса у здоровых военнослужащих, выполнявших специальные задачи более полугодия назад. Показано, что у 40% военнослужащих-комбатантов имеются признаки парциального посттравматического стрессового расстройства, что свидетельствует о негативной адаптации после травматического стресса. Признаки парциального посттравматического стрессового расстройства у всех комбатантов проявляются по типу невротических, а у 7,5% из них к ним присоединяются признаки психотических расстройств. Среди признаков невротических расстройств в 62,5% случаев встречаются проявления соматовегетативного расстройства, в 50% – аффективного напряжения, в 43,8% – расстройства сна и в 43,8% – тревожно-фобического расстройства. Среди признаков психотических расстройств имели место слабо выраженные проявления социофобии, панического расстройства и депрессии. У военнослужащих с признаками парциального посттравматического стрессового расстройства наблюдается статистически значимое снижение самооценки качества жизни по таким показателям, как «общее здоровье», «ментальное здоровье» и «социальное функционирование». Отрицательная корреляция показателей качества жизни с признаками парциального посттравматического стрессового расстройства свидетельствует о том, что именно это расстройство оказывает влияние на качество жизни. Сравнение групп военнослужащих с признаками и без признаков парциального посттравматического стрессового расстройства по показателям экспертной оценки, выставленной командирами подразделений, и по показателям операторской деятельности не выявило между ними значимого различия. Таким образом, признаки парциального посттравматического стрессового расстройства у здоровых военнослужащих-комбатантов снижают самооценку качества жизни, но не оказывают заметного влияния на профессиональный аспект социального функционирования в благоприятных условиях. Эти военнослужащие нуждаются в проведении медико-психологической коррекции и реабилитации для профилактики развития дезадаптации в напряженных условиях деятельности.

Ключевые слова: военнослужащие-комбатанты, психический травматический стресс, адаптация, парциальное посттравматическое стрессовое расстройство, качество жизни, невротические проявления, психотические проявления, экспертная оценка, операторская деятельность.

Введение. Адаптация после воздействия психического травматического стресса может развиваться по позитивному и негативному сценарию. Первоначальный период острой эмоциональной реакции на стресс продолжается в течение первого месяца после травмы, затем острота первичных переживаний постепенно ослабевает и исчезает совсем. При позитивной адаптации после психического травматического стресса (АППТС) происходит постепенная интеграция пережитого в структуры индивидуального прошлого опыта и активное использование нового знания о себе самом и об окружающем мире для построения новой, посттравматической мировоззренческой системы. В результате успешного преодоления негативных психологических травматических переживаний происходит личностный посттравматический рост. При негативной АППТС по истечении периода острой реакции на стресс психическая переработка травматического опыта не происходит или происходит неполностью. В этом случае развивается комплекс патологических

посттравматических состояний от нарушения до расстройства адаптации [2, 6, 8, 9, 11, 13].

Как показывают многочисленные исследования, в основе позитивной и негативной АППТС лежат различные способы переработки психотравмирующего опыта. При позитивной АППТС воссоздание разрушенного внутреннего мира, системы основных жизненных ценностей и связей с окружающим происходит на основе конструктивных копинг-стратегий [3]. В сознании фиксируются позитивные оценки произошедшего, и полученный травматический опыт воспринимается как оказавший безусловно положительное влияние на дальнейшую жизнь. При негативной АППТС ведущей копинг-стратегией является избегание и вытеснение из сознания болезненных воспоминаний, в результате чего конструктивной переработки полученного опыта не происходит [2, 6, 8, 9, 11, 13].

Проявления негативной АППТС могут варьировать от хронических предболезненных нарушений до расстройств адаптации, проявляющихся в общих психопатологических синдромах (психотических,

аффективных, тревожных и пр.), среди которых ведущим является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). ПТСР является полиморфным тревожно-депрессивным расстройством, отличается пролонгированным течением и проявляется в период от шести месяцев до десяти лет (иногда и более) после перенесения однократной или повторяющейся психической травмы. Особенности хронического ПТСР определяются генетическими и психологическими детерминантами, интегрированными в социальный контекст [5]. В США даже через 15–19 лет после окончания войны во Вьетнаме этим расстройством страдало почти полмиллиона комбатантов, что составляет 15,2% от общего числа участников боевых действий. Аналогичные результаты – 17–19% – были получены и в ряде отечественных исследований участников боевых действий в Афганистане и ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции [2]. При хроническом предболезненном нарушении АППТС, так называемом парциальном ПТСР (ППТСР), имеют место отдельные включения признаков этого расстройства, человек сохраняет трудоспособность в обыденной жизни, но в условиях стресса может произойти расстройство адаптации. Доля таких состояний достаточно высока. Так, согласно результатам обследования ветеранов вьетнамской войны, даже спустя 40 лет полное соответствие критериям ПТСР выявлялось у 12,5% комбатантов, а парциальное – еще у 25,6% [12].

Цель исследования. Изучить особенности АППТС у здоровых военнослужащих, выполнявших специальные задачи.

Материалы и методы. Объектом исследования были 40 комбатантов, выполнявших специальные задачи более полугода назад. Средний возраст обследуемых составил 33,4 года. Важно отметить, что исследование носило индифферентный характер – военнослужащие не были заинтересованы в его результатах. Для оценки признаков ППТСР использовали Миссисипскую шкалу (МШ) [4], которая относится к числу наиболее часто используемых в мировой практике методик самооценки симптомов ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по пятибалльной шкале Ликерта. Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного индивидом травматического опыта. Содержащиеся в опроснике пункты входят в четыре категории, три из них соотносятся с критериями диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам IV издания: 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения, 11 – избегания; 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости. Пять остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности. Как показали исследования, МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, достаточной внутренней согласованностью

(0,94), а итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство» [14].

Оценку психотических проявлений проводили с помощью психиатрического диагностического скринингового опросника (ПДСО) [10], невротических проявлений – с помощью опросника невротических расстройств-симптоматического (ОНР-СИ), адаптированного в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева. Для самооценки самочувствия использовали опросник качества жизни-12 (ОКЖ-12) [7]. Внешним критерием качества профессионального функционирования военнослужащего служила экспертная оценка (ЭО) по пятибалльной шкале, выставляемая командирами подразделений. Оценивались такие аспекты, как «успешность профессиональной деятельности», «воинская дисциплина», «качество выполнения служебных обязанностей», «действия в сложных (нестандартных) ситуациях», «авторитет в воинском коллективе».

Для объективизации внешних критериев качества профессиональной деятельности использовали модуль оценки эмоциональной устойчивости методики «Автоматизированная система психофизиологического контроля «Оператор»» [2]. Основу модуля оценки эмоциональной устойчивости составляет задание, в ходе которого испытуемому необходимо выполнять совмещенную деятельность по восприятию и переработке разномодальной звуковой и зрительной информации на фоне звуковых помех индифферентного и стрессогенного содержания. В ходе выполнения происходит регистрация объективных показателей произвольной деятельности: показателя сенсорной реакции (ПСР), показателя воспроизведения сообщения (ПВС) и интегрального показателя эмоциональной устойчивости (ИПЭУ). ПВС определяется на основе прослушивания аудиозаписи специалистом, проводящим обследование, остальные показатели рассчитываются автоматически. Критерии оценки эмоциональной устойчивости по ИПЭУ: 7–10 баллов – высокий уровень эмоциональной устойчивости; 4–6 баллов – достаточный уровень эмоциональной устойчивости; 3 балла и менее – низкий уровень эмоциональной устойчивости.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0.

Результаты и их обсуждение. Кластерный анализ по признакам ППТСР, оцененного по МШ, выявил две группы обследуемых с достоверно различающимися центрами кластеров: 56,94 баллов – 16 человек и 40,3 баллов – 24 человека ($p < 0,000$). Таким образом, группа с признаками ППТСР, свидетельствующими о негативной АППТС, составила 40% от всех обследуемых. Остальные военнослужащие были отнесены в контрольную группу (КГ).

Выявлено, что у военнослужащих с признаками ППТСР по сравнению с КГ чаще наблюдаются невротические реакции по типу тревожно-фобических

расстройств (2,5 и 0,17; $p < 0,04$), аффективного напряжения (4,69 и 0,17; $p < 0,01$), расстройства сна (3,94 и 0,35; $p < 0,05$), аффективной лабильности (2,56 и 0,00; $p < 0,05$) и соматовегетативных расстройств (15,19 и 1,22; $p < 0,007$), таблица 1. Суммарный показатель по признакам невротических расстройств у военнослужащих с ППТСР существенно превосходил КГ (47,19 и 2,78; $p < 0,0003$). Кроме того, выявлено статистически значимое снижение самооценки качества жизни по таким показателям, как «общее здоровье» (57,81 и 77,17; $p < 0,009$), «ментальное здоровье» (75,42 и 93,63; $p < 0,0007$) и «социальное функционирование» (83,75 и 98,26; $p < 0,03$).

По показателю ЭО значимого различия между группами не обнаружено ни по одному из оцениваемых аспектов профессиональной деятельности. Отсутствие различий в качестве профессиональной

деятельности подтвердили и результаты по методике «Оператор». ПСР составил 8,65 и 8,84 ($p > 0,05$), ПВС – 8,80 и 8,90 ($p > 0,05$), а ИПЭУ – 8,27 и 8,87 ($p > 0,05$), что соответствует высокому уровню эмоциональной устойчивости. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что проявления негативной АППТС не сказываются на профессиональном аспекте социального функционирования.

Корреляционный анализ показал, что признаки ППТСР у данного контингента военнослужащих чаще развиваются по невротическому типу и в меньшей степени, по психотическому. Показатель ППТСР положительно коррелировал лишь с суммой баллов по опроснику ПДСО ($r = 0,34$; $p < 0,03$) и практически с каждой позицией по опроснику ОНР-СИ (табл. 2). Из 16 человек с признаками ППТСР лишь три человека (7,5%) имели слабовыраженные признаки психо-

Таблица 1

Показатели, полученные согласно различным методикам обследования военнослужащих с признаками ППТСР и КГ (критерий Манн – Уитни), балл

Показатель	Военнослужащие с признаками ППТСР	КГ	P _{расч}
	Me [Xmin; Xmax]		
Миссисипская шкала	56,94 [52; 68]	40,3 [34; 48]	0,000*
ОНР-СИ (тревожно-фобические расстройства)	2,5 [0; 12]	0,17 [0; 4]	0,04*
ОНР-СИ (депрессивные расстройства)	3,19 [0; 16]	0 [0; 0]	0,19
ОНР-СИ (аффективное напряжение)	4,69 [0; 20]	0,17 [0; 4]	0,01*
ОНР-СИ (расстройства сна)	3,94 [0; 14]	0,35 [0; 4]	0,05*
ОНР-СИ (аффективная лабильность)	2,56 [0; 16]	0 [0; 0]	0,05*
ОНР-СИ (астенические расстройства)	4,5 [0; 29]	0,35 [0; 4]	0,1
ОНР-СИ (сексуальные расстройства)	2,56 [0; 16]	0 [0; 0]	0,11
ОНР-СИ (дереализационные-деперсонализационные расстройства)	2 [0; 12]	0,35 [0; 0]	0,43
ОНР-СИ (обсессивные расстройства)	1,5 [0; 12]	0,17 [0; 4]	0,43
ОНР-СИ (нарушения социальных контактов)	1,56 [0; 13]	0 [0; 0]	0,32
ОНР-СИ (ипохондрические расстройства)	1,25 [0; 8]	0 [0; 0]	0,18
ОНР-СИ (ананкастические расстройства)	1,75 [0; 16]	0 [0; 0]	0,32
ОНР-СИ (сомато-вегетативные расстройства)	15,19 [0; 76]	1,22 [0; 12]	0,007*
ОНР-СИ (суммарный показатель)	47,19 [0; 193]	2,78 [0; 24]	0,0003*
ПДСО (суммарный показатель)	0,38 [0; 3]	0 [0; 0]	0,19
ОКЖ-12 (общее здоровье)	57,81 [25; 100]	77,17 [50; 100]	0,009*
ОКЖ-12 (физическое здоровье)	92,19 [50; 100]	100 [100; 100]	0,19
ОКЖ-12 (эмоциональное здоровье)	78,13 [0; 100]	91,3 [0; 100]	0,33
ОКЖ-12 (боль)	89,69 [60; 100]	96,74 [50; 100]	0,15
ОКЖ-12 (ментальное здоровье)	75,42 [20; 100]	93,63 [73,8; 100]	0,0007*
ОКЖ-12 (социальное здоровье)	83,75 [0; 100]	98,26 [80; 100]	0,03*
ЭО (успешность профессиональной деятельности)	4,44 [4; 5]	4,39 [3; 5]	0,95
ЭО (воинская дисциплина)	4,19 [3; 5]	4,39 [2; 5]	0,36
ЭО (качество выполнения служебных обязанностей)	4,19 [2; 5]	4,3 [3; 5]	0,76
ЭО (действия в сложных ситуациях)	4,25 [2; 5]	4,22 [3; 5]	0,95
ЭО (авторитет в воинском коллективе)	4 [2; 5]	4 [2; 5]	0,93
Оператор (интегральный показатель эмоциональной устойчивости)	8,27 [3,03; 10]	8,87 [6,9; 9,91]	0,85
Оператор (показатель воспроизведения сообщения)	8,8 [1; 10]	8,9 [4; 10]	0,6
Оператор (показатель сенсомоторной реакции)	8,65 [5,64; 10]	8,84 [7,34; 9,96]	0,69

Примечание: Me – медиана по выборке; [Xmin; Xmax] – размах выборки; P_{расч} – уровень значимости; * – статистически значимое межгрупповое различие.

Таблица 2
**Коэффициент корреляции Спирмена между
 выраженностью ППТСР и показателями методик ОНР-
 СИ,
 ПДСО, ОКЖ-12, ЭО и «Оператор»**

Показатель	ППТСР
ОНР-СИ (тревожно-фобическое расстройство)	0,39(0,02)*
ОНР-СИ (депрессивное расстройство)	0,4(0,01)*
ОНР-СИ (аффективное напряжение)	0,42(0,008)*
ОНР-СИ (расстройство сна)	0,42(0,008)*
ОНР-СИ (аффективная лабильность)	0,46(0,003)*
ОНР-СИ (астеническое расстройство)	0,33(0,04)*
ОНР-СИ (сексуальное расстройство)	0,39(0,01)*
ОНР-СИ (обсессивные расстройства)	0,19(0,24)
ОНР-СИ (дереализационные-деперсонализационные расстройства)	0,23(0,16)
ОНР-СИ (нарушение социальных контактов)	0,34(0,03)*
ОНР-СИ (ипохондрическое расстройство)	0,36(0,02)*
ОНР-СИ (ананкастическое расстройство)	0,37(0,02)*
ОНР-СИ (соматовегетативное расстройство)	0,39(0,01)*
ПДСО (суммарный показатель)	0,34(0,03)*
ОКЖ-12 (общее здоровье)	-0,49(0,001)*
ОКЖ-12 (физическое здоровье)	-0,39(0,01)*
ОКЖ-12 (эмоциональное здоровье)	-0,32(0,05)*
ОКЖ-12 (боль)	-0,28(0,08)
ОКЖ-12 (ментальное здоровье)	-0,43(0,006)*
ОКЖ-12 (социальное здоровье)	-0,4(0,01)*
ЭО (успешность профессиональной деятельности)	-0,06(0,72)
ЭО (воинская дисциплина)	-0,1(0,56)
ЭО (качество выполнения служебных обязанностей)	-0,17(0,31)
ЭО (действия в сложных ситуациях)	-0,02(0,92)
ЭО (авторитет в воинском коллективе)	-0,11(0,51)
оператор (интегральный показатель эмоциональной устойчивости)	-0,01(0,94)
оператор (показатель воспроизведения текста)	0,12(0,47)
оператор (показатель сенсомоторной реакции)	0,01(0,93)

Примечание: * – статистически значимая корреляция.

тического расстройства (социофобия, паническое расстройство, депрессия средней тяжести), и у всех присутствовали те или иные проявления невротических расстройств. Наибольшая корреляционная связь ($r > 0,4$) признаков ППТСР имела место с аффективной лабильностью, аффективным напряжением и расстройством сна. Это свидетельствует о том, что в состоянии бодрствования неинтегрированный психологический травматический опыт вызывает прежде всего нарушения в эмоциональной сфере. В состоянии сна он проявляется ночными кошмарами и трудностями засыпания, на которые чаще всего жаловались военнослужащие с признаками ППТСР.

Отрицательные корреляционные связи показателя ППТСР с показателями всех аспектов самооценки качества жизни свидетельствуют о негативном влиянии признаков ППТСР на качество жизни военно-

служащих-комбатантов, причем более всего страдает «общее здоровье» ($r=0,49$; $p < 0,001$), «ментальное здоровье» ($r=0,43$; $p < 0,006$) и «социальное функционирование» ($r=0,40$; $p < 0,01$). Под «ментальным здоровьем» в опроснике ОКЖ-12 понимается сфера жизни, включающая такие показатели функционирования, как «полон сил», «спокоен» или «подавлен».

Экспертная оценка командирами подразделений профессионально значимых качеств военнослужащих и показатели по методике «Оператор» не имели корреляционных связей с признаками ППТСР. Таким образом, несмотря на снижение качества жизни, наличие проявлений невротических, а в некоторых случаях психотических расстройств, профессиональная деятельность военнослужащих-комбатантов с признаками ППТСР не страдает.

Из проявлений невротических расстройств в 62,5% случаев военнослужащие отмечали наличие соматовегетативного радикала (табл. 3). Среди жалоб чаще всего присутствовали такие, как боли в мышцах, шум в ушах, сухость во рту, жжение в пищеводе, изжога. Второе место по частоте встречаемости занимало аффективное напряжение (50%) и далее – тревожно-фобические расстройства и расстройство сна (по 43,8%). Наиболее частыми жалобами, связанными с аффективным напряжением, были рассеянность, беспокойство, наплыв мыслей, чувство протеста. Расстройства сна, как уже отмечалось ранее, проявлялось ночными кошмарами и трудностями засыпания; тревожно-фобические расстройства – в страхе высоты и беспричинной тревоге за близких людей.

Достоверные отрицательные корреляционные связи между психотическими и невротическими расстройствами и качеством жизни указывают на наличие негативных причинно-следственных связей между ними (табл. 4). Наиболее уязвимым является социальный аспект качества жизни: все проявления психотических и невротических расстройств имели отрицательную корреляционную связь с «социальным функционированием». «Ментальное здоровье» чуть менее уязвимо, и наименьшее влияние эти расстройства оказывали на самооценку «общего здоровья». При этом наиболее сильное негативное воздействие на «социальное функционирование» оказывали проявления депрессивного расстройства ($r=-0,63$; $p < 0,00001$), расстройства сна ($r=-0,59$; $p < 0,00007$), обсессивного расстройства ($r=-0,58$; $p < 0,00009$) и астенического расстройства ($r=-0,51$; $p < 0,00007$). На «ментальное здоровье» наиболее отрицательно влияли проявления «аффективной лабильности» ($r=-0,60$; $p < 0,00004$) и депрессивного расстройства ($r=-0,51$; $p < 0,00007$).

Таким образом, у 40% здоровых военнослужащих-комбатантов имеются признаки ППТСР, что свидетельствует о негативной АППТС. Признаки ППТСР у всех проявляются по типу невротических, а у 7,5% комбатантов присоединяются признаки психотических расстройств. Среди признаков невротических расстройств в 62,5% случаев встречались сомато-

Таблица 3

Частота встречаемости различных форм невротических расстройств у военнослужащих с признаками ППТСР и КГ (2-критерий Пирсона), абс. (%)

Показатель	Военнослужащие с признаками ППТСР	КГ	P _{расч}
Тревожно-фобические расстройства	7 (43,8)	1 (4,2)	0,000*
Депрессивные расстройства	4 (25)	0 (0)	0,01*
Аффективное напряжение	8 (50)	1 (4,2)	0,001*
Расстройства сна	7 (43,8)	1 (4,2)	0,000*
Аффективная лабильность	6 (37,5)	0 (0)	0,001*
Астенические расстройства	6 (37,5)	2 (8,3)	0,03*
Сексуальные расстройства	5 (31,3)	0 (0)	0,004*
Дереализационные-деперсонализационные расстройства	3 (18,8)	1 (4,2)	0,14
Обсессивные расстройства	3 (18,8)	1 (4,2)	0,14
Нарушения социальных контактов	3 (18,8)	0 (0)	0,03*
Ипохондрические расстройства	4 (25)	0 (0)	0,01*
Ананкастические расстройства	3 (18,8)	0 (0)	0,03*
Соматовегетативные расстройства	10 (62,5)	3 (12,5)	0,001*

Примечание: P_{расч} – уровень значимости; * – статистически значимое межгрупповое различие.

Таблица 4

Коэффициент корреляции Спирмена между показателями качества жизни и показателями невротических и психотических расстройств

Показатель	ОКЖ-12		
	общее здоровье	ментальное здоровье	социальное функционирование
ПДСО (суммарный показатель)	-0,3(0,06)	-0,45(0,004)*	-0,41(0,008)*
ОНР-СИ (тревожно-фобическое расстройство)	-0,33(0,04)*	-0,37(0,02)*	-0,45(0,004)*
ОНР-СИ (депрессивное расстройство)	-0,47(0,002)*	-0,51(0,0007)*	-0,63(0,00001)*
ОНР-СИ (аффективное напряжение)	-0,41(0,009)*	-0,49(0,001)*	-0,54(0,0003)*
ОНР-СИ (расстройство сна)	-0,37(0,02)*	-0,4(0,01)*	-0,59(0,00007)*
ОНР-СИ (аффективная лабильность)	-0,46(0,003)*	-0,6(0,00004)*	-0,48(0,002)*
ОНР-СИ (астеническое расстройство)	-0,25(0,12)	-0,33(0,04)*	-0,51(0,0007)*
ОНР-СИ (сексуальное расстройство)	-0,35(0,03)*	-0,42(0,008)*	-0,33(0,04)*
ОНР-СИ (обсессивные расстройства)	-0,31(0,06)	-0,4(0,01)*	-0,58(0,00009)*
ОНР-СИ (дереализационные-деперсонализационные расстройства)	-0,21(0,19)	-0,4(0,02)*	-0,41(0,009)*
ОНР-СИ (нарушение социальных контактов)	-0,25(0,13)	-0,31(0,06)	-0,31(0,05)*
ОНР-СИ (ипохондрическое расстройство)	-0,41(0,009)*	-0,5(0,001)*	-0,4(0,01)*
ОНР-СИ (ананкастическое расстройство)	-0,37(0,02)*	-0,42(0,007)*	-0,31(0,05)*
ОНР-СИ (соматовегетативное расстройство)	-0,12(0,47)	-0,4(0,01)*	-0,34(0,03)*

вегетативные расстройства, в 50% – аффективное напряжение, в 43,8% – расстройство сна, в 43,8% – тревожно-фобическое расстройство. Среди признаков психотических расстройств имели место слабо выраженные проявления социофобии, панического расстройства и депрессии. Кроме того, у этих военнослужащих наблюдается статистически значимое снижение самооценки качества жизни по показателям «общего здоровья», «ментального здоровья», а также «социального функционирования». Отрицательная корреляционная связь между признаками ППТСР и

показателями качества жизни доказывает, что именно признаки этого расстройства оказывают влияние на качество жизни. Сравнение групп с признаками и без признаков ППТСР по показателям экспертной оценки и операторской деятельности не выявило между ними значимого различия.

Закключение. Признаки негативной АППТС у здоровых военнослужащих-комбатантов отрицательно отражаются на самооценке качества их жизни, но не оказывают заметного влияния на профессиональный

аспект социального функционирования в благоприятных условиях. Эти военнослужащие нуждаются в проведении медико-психологической коррекции и реабилитации для профилактики развития адаптационных расстройств в напряженных условиях деятельности.

Литература

1. Зотов, М.В. Способ оценки эмоциональной устойчивости / М.В. Зотов, В.М. Петрукович, О.П. Журавлева // Патент 2240038 С1 Российская Федерация, МПК 7 А61В5/16. – № 2003134495/14. – 2004. – М. – 24 с.
2. Лазебная, Е.О. Преодоление психологических последствий воздействия экстремального (травматического) стресса: посттравматическая стрессовая адаптация / Е.О. Лазебная // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – С. 561–575.
3. Овчинников, Б.В. Ценности и мотивация в профессионализации военнослужащего / Б.В. Овчинников [и др.] // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2017. – № 4 (60). – С. 135–139.
4. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В.К. Шамрея. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 431 с.
5. Auxemery, Y. Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context / Y. Auxemery // Encephale. – 2012. – Vol. 38, № 5. – P. 373–380.
6. Duan, W. Relationships among trait resilience, virtues, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth / W. Duan, P. Guo, P. Gan // PLoS One. – 2015 – Vol. 10, № 5. – P. e0125707.
7. Hurst, N.P. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis / N.P. Hurst, D.A. Ruta, P. Kind // Br. J. Rheumatol. – 1998. – Vol. 37, № 8. – P. 862–869.
8. Mattson, E. Personality factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans / E. Mattson, L. James, B. Engdahl // Mil. Med. – 2018. – Mar 26. – 12 p.
9. Murphy, D. Post-traumatic growth among the UK veterans following treatment for post-traumatic stress disorder / D. Murphy, E. Palmer, R Lock, W. Busuttill // J. R. Army Med. Corps. – 2017. – Vol. 163, № 2. – P. 140–145.
10. Perkey, H. External validity of the psychiatric diagnostic screening questionnaire (PDSQ) in a clinical sample / H. Perkey, S.J. Sinclair, M. Blais [et. al.] // Psychiatry Res. – 2018 – Vol. 261. – P. 14–20.
11. Schubert, C.F. Posttraumatic growth in populations with posttraumatic stress disorder – a systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables / C.F. Schubert, U. Schmidt, R. Rosner // Clin. Psychol. Psychother. – 2016. – Vol. 23, № 6. – P. 469–486.
12. Steenkamp, M.M. Latent classes of PTSD symptoms in Vietnam veterans / M.M. Steenkamp, A. Nickerson, S. Maguen [et. al.] // Behav. Modif. – 2012. – Vol. 36, № 6. – P. 857–874.
13. Tsai, J. Post-traumatic growth among veterans in the USA: results from the National Health and Resilience in Veterans Study / J. Tsai, R. El-Gabalawy, W.H. Sledge [et. al.] // Psychol. Med. – 2015. – Vol. 45, № 1. – P. 165–179.
14. Wisco, B.E. Screening, diagnosis, and treatment of post-traumatic stress disorder / B.E. Wisco, B.P. Marx, T.M. Keane // Mil. Med. – 2012. – Vol. 177, Suppl. 8. – P. 7–13.

N.V. Zelenina, S.S. Nazarov, A.A. Marchenko, S.A. Rantseva, P.A. Vyipritskiy, V.V. Yusupov, S.G. Kuzmin, A.N. Zubov

Features of adaptation after psychical traumatic stress among servicemen who performed special tasks

Abstract. Features of adaptation after psychical traumatic stress in healthy military men who performed special tasks more than half a year ago were studied. It is shown that 40% of combatants have signs of partial posttraumatic stress disorder, which evidences about negative adaptation after psychical traumatic stress. Signs of partial posttraumatic stress disorder in all manifest as neurotic disorders, and in 7,5% of combatants are associated with signs of psychotic disorders. Among the signs of neurotic disorders, the manifestations of somato-vegetative disorder were encountered in 62,5%, affective tension – in 50%, sleep disorder – in 43,8% and anxiety-phobic disorder – in 43,8%. Among the signs of psychotic disorders, there were mildly pronounced manifestations of social phobia, panic disorder and depression. Soldiers with partial posttraumatic stress disorder have a statistically significant decrease in the self-assessment quality of life in such indicators as «general health», «mental health» and «social functioning». The negative correlation between scores of life quality and signs of partial posttraumatic stress disorder pieces of evidence that namely this disorder impacts on the quality of life in combatants. Comparison of servicemen groups with and without signs of partial posttraumatic stress disorder according to the expert evaluation indicators, exhibited by the unit commanders, and according to the indicators of the operator working, did not reveal a significant difference between them. Thus signs of partial posttraumatic stress disorder in combatants decrease self-assessment life quality but do not have an effect on the professional aspect of social functioning under favourable conditions. This military personnel are needed in medical and psychological correction and rehabilitation to prevent the development of maladaptation in stressful conditions.

Key words: combatants, psychical traumatic stress, adaptation, partial post-traumatic stress disorder, quality of life, neurotic signs, psychotic signs, expert evaluation, the operator working.

Контактный телефон: 8-905-258-43-45; e-mail: vmeda-nio@mil.ru