

ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.М. Ксенофонтов, А.П. Сложеникин, И.И. Беликов,
И.А. Новикова, П.И. Сидоров (Архангельск)

Аннотация. С целью изучения особенностей травматического стресса у сотрудников органов внутренних дел Чеченской Республики было проведено обследование 64 человек (32 сотрудника, прибывших из других субъектов Российской Федерации, 32 – из числа лиц чеченской национальности). Симптоматика диссоциации играет ведущую роль при формировании общих симптомов острого стрессового расстройства и ПТСР.

Ключевые слова: травматический стресс, сотрудники органов внутренних дел, посттравматическое стрессовое расстройство, Чеченская Республика.

Согласно современным представлениям, стресс становится травматическим, когда в результате его воздействия возникают нарушения психической сферы. Нарушаются структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают экстремальные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или близких. Такие события нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной посттравматического стрессового расстройства [14, 15].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это более продолжительная по времени реакция на стресс в виде комплекса психических нарушений, который развивается у людей, переживших экстремальное событие [3, 10]. Термин ПТСР означает интенсивную и, как правило, пролонгированную реакцию на сильные стрессоры, такие как природные катаклизмы (землетрясения, наводнения, пожары), бедствия, вызванные деятельностью людей (последствия войны или преследования), либо насильственные действия, совершенные по отношению к данному человеку и связанные с серьёзной опасностью или оскорблением личности (разбойное нападение или изнасилование) [13].

К числу экстремальных ситуаций, в которых часто могут возникать явления травматического стресса, а затем и ПТСР, относятся события в зоне боевых действий [6, 11]. В нашей стране это, например, военные действия в Чеченской Республике. Активное участие в установлении и поддержании конституционного порядка на территории Северо-Кавказского региона принимают сотрудники органов внутренних дел (ОВД). Данное участие не проходит бесследно [5, 7, 12, 16]. На войне человек является не только свидетелем насилия, но и его активным участником; и то и другое служит источником травматических переживаний [1, 3].

В связи с этим актуальным является изучение проблемы влияния на психическую сферу сотрудников ОВД

экстремальных факторов служебно-боевой деятельности на территории Чеченской Республики.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей травматического стресса у сотрудников ОВД Чеченской Республики.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в 2005–2006 гг. в Чеченской Республике.

Объектами исследования явились 64 сотрудника ОВД Чеченской Республики (32 проходили службу по контракту сроком на 1 год и прибыли из других субъектов Российской Федерации – 1-я группа, 32 – лица чеченской национальности, проходившие службу на постоянной основе в подразделениях Министерства внутренних дел Чеченской Республики, – 2-я группа). Средний возраст обследованных составил в 1-й группе $32,60 \pm 1,27$, во 2-й – $30,94 \pm 1,10$ года.

Применялись клинико-anamnestический и экспериментально-психологический методы исследования, а также методы наблюдения и клинической беседы. В работе использовался «Опросник травматического стресса» И.О. Котенёва [4], предназначенный для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений у сотрудников ОВД на основе критериев, содержащихся в DSM-IV. С помощью данной методики оценивалась выраженность значений субшкал и итоговых показателей ПТСР и ОСР. Обследование с помощью опросника было выполнено с учетом всех требований и ограничений, предъявляемых к процедуре тестирования.

Для обработки результатов применялись пакет прикладных статистических программ STATISTIKA (версия 5.0) и стандартные расчетные методы [9].

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов исследования по опроснику травматического стресса (табл. 1) показал, что значения контрольных шкал (шкалы лжи «L», аггравации «Ag», диссимуляции «Di») у сотрудников 1-й и 2-й групп находились на низком уровне, что указывает на достоверность полученных данных.

Таблица 1

Оценка выраженности симптомов постстрессовых нарушений у сотрудников ОВД Чеченской Республики
(«Опросник травматического стресса»; $M \pm m$; Т-баллы)

Субшкалы		Группа 1	Группа 2
L (ложь)		47,16±1,81	54,50±1,85**
Ag (аггравация)		49,28±2,10	51,00±1,85
Di (диссимуляция)		49,53±2,81	47,63±1,98
ПТСР	A (событие травмы)	47,34±1,20	50,06±1,32
	B (повторное переживание травмы)	49,34±2,0	50,75±1,70
	C (симптомы «избегания»)	51,31±2,62	51,94±1,81
	D (симптомы «гиперактивации»)	51,63±2,73	50,25±1,61
	F (дистресс и дезадаптация)	52,38±2,30	51,00±1,73
ОСР	a (событие травмы)	47,34±1,20	50,06±1,32
	b (диссоциативные симптомы)	47,94±1,91	55,25 ± 2,06**
	c (повторное переживание травмы)	34,81±1,30	40,00±1,45***
	d (симптомы «избегания»)	50,91±2,42	54,63±1,90
	e (симптомы «гиперактивации»)	20,47±0,80	21,81±0,73
	f (дистресс и дезадаптация)	51,69±2,32	49,81±1,43
ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство)		44,13±2,20	44,44±1,46
ОСР (острое стрессовое расстройство)		33,78±1,61	37,88±1,32 *
depr (депрессия)		48,19±2,11	46,13±1,54
Общий показатель		39,06±0,80	41,25±1,34

Примечание. Различия достоверны при: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Рассмотрение субшкал опросника, относящихся к ПТСР, выявило следующее. По шкале «А», указывающей на переживание события психической травмы, на момент обследования отдельные симптомы (более 50 Т-баллов) были выявлены в 1-й группе – у каждого третьего (31%), а во 2-й – у каждого второго (52%) обследованного сотрудника.

По шкале «В» (повторное переживание травмы – «вторжение») у сотрудников 1-й и 2-й групп отдельные симптомы были выявлены приблизительно в половине случаев (53 и 58% соответственно). При этом повторное переживание события травмы (фактор В) не было тесно связано с фактором события травмы (фактор А). Так, одновременное присутствие (более 50 Т-баллов) отдельных симптомов травмы и повторного переживания травмы (фактор А и В) в 1-й группе было выявлено лишь у каждого десятого (9%), а во 2-й – у каждого четвертого (39%) обследованного.

Подобная закономерность не распространялась на фактор «избегания». У испытуемых обеих групп по шкале «С» (симптомы «избегания») наблюдались средние значения: в 1-й группе – у 53% сотрудников, а во 2-й – у 58%. В том числе у сотрудников, имеющих отдельные симптомы «избегания» (фактор С), в 1-й группе симптоматику повторного переживания травмы имели все (фактор В), а во 2-й – 14 из 18. Остальные сотрудники, даже после неоднократного участия в специальных операциях, связанных с реальной угрозой физической целостности, не пытались избегать разговоров, напоминающих о перенесенной психической травме.

Сравнительный анализ значений по шкале «D» (симптомы «гиперактивации») показал, что сотрудники 1-й группы несколько чаще, чем 2-й, проявляли раздражительность, вспыльчивость, а иногда и неадекватную вербальную и физическую агрессию, чаще становились участниками различных эксцессов.

По шкале «F» (дистресс и дезадаптация) в обеих группах наблюдался средний уровень выраженности показателей, но в 1-й группе отмечены более высокие значения, что объясняется проявлениями социальной дезадаптации, связанной с длительной разлукой с семьями (96,9% сотрудников данной категории были женаты). Состояние социальной дезадаптации у респондентов данной группы сопровождалось раздражительностью, усталостью, вялостью.

Анализ значений шкал опросника показал, что на момент обследования были выявлены отдельные симптомы ОСР (событие травмы): в 1-й группе – у 31% сотрудников, а во 2-й – у всех обследованных. Независимо от длительности пребывания в зоне чрезвычайных событий сотрудники обеих групп остро переживали весь трагизм последствий вооруженного конфликта. С увеличением периода пребывания в экстремальных условиях у сотрудников повышался риск появления психоэмоциональных нарушений.

Выраженные отличия между сотрудниками 1-й и 2-й групп были выявлены в значениях шкал «b» (диссоциативные симптомы) и «c» (повторное переживание травмы – «вторжение»). Подробный анализ изменчивости показателей данных шкал выявил их значимость при формировании ПТСР и ОСР.

Наиболее высокие показатели шкалы «b» выявлены у обследованных 2-й группы ($p < 0,01$). Показатели данной шкалы являются критерием состояний обследованного, пережившего психическую травму, и определяют выбор модели дальнейшей коррекции психического состояния. При диссоциативных состояниях наблюдаются переживание травматической ситуации, приступы тревоги, рудиментарные иллюзии и галлюцинации, транзиторные снижения памяти, нарушения сосредоточения и контроля побуждений. К подобным состояниям относятся: субъективное ощущение эмоциональной зависимости, «притупления» или отсутствия эмоционального реагирования; сужение сознания об окружающем мире («спутанность»); дереализация; деперсонализация; диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события) [8].

Диссоциация, как и отрицание, отстраненность, может являться попыткой создания психологической защиты от тяжелых переживаний. Подобные примитивные механизмы защиты существенно обедняют их когнитивную сферу, что проявляется в жесткой взаимосвязи личностных смыслов сотрудников. Субъект, имеющий такую систему конструкторов, выделяет очень мало свойств, признаков, качеств у предметов, людей и явлений окружающего мира. Его представления как бы слиты между собой и часто сводятся к одному оценочному конструкту «мы – они», который неизбежно вызывает образы «свой – чужой» (враг). Все это связано со стереотипизацией и деформацией восприятия, когнитивным диссонансом, последствиями переживания чувства страха, предательства, невосполнимости людских потерь. Создаётся впечатление общества о том, что негативные проявления асоциального поведения ветеранов войн и вооруженных конфликтов являются своеобразной мстостью обществу за его равнодушие, неприятие и отторжение.

Различия по шкале «b» (диссоциативные симптомы) говорят о некоторой интеллектуальной регрессии обследуемых, а также об ограниченности системы мотивов и указывают на эгоцентрическую направленность, проявляющуюся в диссоциациях в самоотношении, переоценке хорошего и недооценке плохого.

Появление диссоциативной симптоматики связано с тем, что организм «создаёт» окружающую среду в зависимости от своих потребностей и ожиданий. В экстремальных ситуациях человек существует как бы на двух взаимоисключающих уровнях. С одной стороны, он должен быть частью объективного мира, в котором его «Я» вынуждено приспосабливаться к внешней реальности. Это уровень экстравертированного сознания, перцептивных функций и принятия решений. С другой стороны, человек погружается в субъективный мир измененных состояний сознания, из которого исключена всякая связь с внешней действительностью [2]. Жизнь сотрудников ОВД Чеченской Республики была перегружена негативной информацией угрожающего характера, которую они

получали в огромном объеме за небольшой промежуток времени; информация не получала должного осмысления, переходила из сознательного уровня на бессознательный. Этот процесс стимулировал рост негативных эмоциональных переживаний у сотрудников ОВД и впоследствии мог вызвать снижение способности воспоминания важных аспектов травмы (психогенная амнезия), повторяющиеся и навязчивые воспроизведения негативных ощущений, связанных с прошедшими событиями, неосознаваемые вспышки агрессии.

Фактор «с» (повторное переживание травмы – «вторжение») был обнаружен в 1-й группе у каждого третьего сотрудника, а во 2-й – у каждого четвертого (более 50 Т-баллов). Сотрудники 2-й группы имели достоверно более высокие показатели по данной шкале ($p < 0,001$), что, вероятно, объясняется более длительным их пребыванием в условиях стрессогенной ситуации. В обеих группах показатель «с» относился к факторам первого порядка, что указывало на его значимость при рассмотрении психического состояния обследованных.

На среднем уровне значимости в обеих группах находились показатели субшкалы «d» (симптомы «избегания»), причем во 2-й группе они были выше. В 1-й и 2-й группах показатели шкалы «e» (симптомы «гиперактивации») были низкими и свидетельствовали об отсутствии выраженных симптомов на момент обследования. По субшкале «f» (дистресс и дезадаптация) более высокие показатели отмечены у респондентов 1-й группы.

В целом анализ встречаемости ПТСР и ОСР по опроснику травматического стресса (табл. 2) показал, что клинически выраженные показатели ПТСР в 1-й группе (более 80 Т-баллов) присутствовали у 3% обследуемых, а во 2-й их не было. Отдельные симптомы ПТСР (50–65 Т-баллов) наблюдались у 2/5 сотрудников 1-й и у 1/4 – 2-й. Симптомы ОСР (50–65 Т-баллов) обнаружены у 6% сотрудников 2-й группы и у 3% – 1-й. Проявление симптоматики ПТСР и ОСР связано с повышением тревожности и избеганием социальных контактов [4].

Кластерный анализ результатов опросника выявил отличия в формировании симптомов ПТСР: в 1-й группе – боязнь повторного переживания травмы (фактор В) вызывала дезадаптацию (фактор f) и приводила к диссоциативным симптомам (фактор b); данная цепочка факторов была связана со значениями шкалы ПТСР. Во 2-й группе факторы ПТСР и ОСР взаимодействовали прежде всего со шкалой b (диссоциативные симптомы) и в этой модели реагирования приводили к дезадаптации (фактор f). Данный тип поведения объясняет механизмы реагирования по типу вытеснения.

Результаты наблюдения, бесед и психологической диагностики сотрудников ОВД в процессе психологического сопровождения личного состава в МВД Чеченской Республики свидетельствуют, что пребывание в экстремальных условиях влияет на снижение профессиональной активности и в отдельных случаях является

Таблица 2

**Частота встречаемости ПТСР и ОСР у сотрудников органов внутренних дел
по «Опроснику травматического стресса» И.О. Котенёва**

Значения показателей, Т-баллы	Группа 1				Группа 2			
	ПТСР		ОСР		ПТСР		ОСР	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ниже 50	18	56,25	31	96,87	24	75,0	30	93,75
50–65	13	40,63	1	3,13	8	25,0	2	6,25
65–70	0	0	0	0	0	0	0	0
70–80	0	0	0	0	0	0	0	0
Более 80	1	3,13	0	0	0	0	0	0

пусковым механизмом психоэмоционального напряжения, способного стать началом развития ПТСР.

Таким образом, ПТСР по опроснику травматического стресса был выявлен у 3% обследуемых сотрудников, работающих по контракту, тогда как у лиц, проходящих службу на постоянной основе, данных расстройств обнаружено не было. Отдельные незначительно выраженные симптомы ПТСР наблюдались у 2/5 сотрудников-контрактников, а у работающих на постоянной основе – в 1/4 случаев.

Особенности травматического стресса у сотрудников ОВД Чеченской Республики указывают на необходимость обязательного постоянного психологического сопровождения их деятельности и проведения мониторинга психического здоровья всех жителей Республики. Симптомати-

ка диссоциаций играет ведущую роль при формировании общих симптомов ОСР и ПТСР. Она, как и генерализация страхов, гнева, постоянного проигрывания травмы, является малоадаптивным видом преодоления психической травмы. Построение коррекционных мероприятий должно основываться прежде всего на работе именно с этой категорией симптомов.

При коррекционных мероприятиях наиболее эффективными являются следующие психологические техники: психологический дебрифинг, методы нейролингвистического программирования (интеграция якорей, тройная диссоциация, рефрейминг, работа с линией времени, со шкалой ценностей), рациональная, когнитивная, суггестивная психотерапия.

Литература

- Белинский А.В., Голов Ю.С., Лямин М.В. Эффективность медико-психологической реабилитации участников боевых действий в условиях многопрофильного госпиталя // Боевой стресс: стратегии коррекции. М., 2002. С. 127–134.
- Годфруа Ж. Что такое психология? М.: Мир, 2005. Т. 1. 496 с.
- Дмитриева Т.Б., Василевский Г.В., Фастовцов Г.А. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Российский психиатрический журнал. 2003. № 3. С. 13.
- Котенёв И.О. Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция // Психопедагогика в правоохранительных органах. 1996. № 1 (3). С. 76–84.
- Никонов В.П., Козловский И.И. Психологическая адаптация в боевой обстановке режима чрезвычайного положения (Северо-Кавказский регион) // Безопасность. 1995. № 7–8. С. 94–103.
- Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях: Метод. пособие / Под ред. В.М. Бурыкина. М.: ГУК МВД России, 2004. 240 с.
- Организация работы с личным составом во временных отделах органов внутренних дел и мобильных отрядах на территории Северо-Кавказского региона: Сб. докум. и информ.-метод. материалов. М.: ЦИИМОКП МВД России, 2000. 284 с.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 399 с.
- Сидоренко Е. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2000. 346 с.
- Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов афганской войны. Архангельск: Издат. центр АГМА, 1999. 378 с.
- Соловьев И.В. Посттравматический синдром: причины, условия, последствия. Оказание психологической помощи и психореабилитация. М., 2000. 109 с.
- Столяренко А.М. Экстремальная психопедагогика. М.: Юнити, 2002. 607 с.
- Сукиасян С.Г., Тадевосян А.С., Чимаритян С.С., Манасян Н.Г. Клинические формы постстрессовых расстройств // Вестник биологической психиатрии. 2004. № 8. С. 10–28.
- Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
- Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 2. С. 14–29.
- Човдырова Г.С. Введение в практическую экстремальную психологию. М.: ВНИИ МВД России, 2002. 31 с.

FEATURES OF TRAUMATIC STRESS FOR EMPLOYEES OF ORGANS OF INTERNAL AFFAIRS OF THE CHERCHEN REPUBLIC
Ksenofontov A.M., Slozhenikin A.P., Belikov I.I., Novikova I.A., Sidorov P.I. (Arhangelsk)

Summary. With the purpose of study of features of traumatic stress for the employees of organs of internal affairs of Chechen Republic the inspection of 64 persons was conducted; from them there are 32 employees, arriving from other subjects of a Russian Federation, 32 – from a number the persons of chechen nationality. Symptom of dissociation acts leading part at forming of general symptoms of a sharp stress disorder and PTSR.

Key words: traumatic stress, employees of organs of internal affairs, posttraumatic stress disorder, Chechen Republic.