

Научная статья

УДК 355.133.4
EDN: LWNLVG



ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО (СОПРЯЖЕННОГО С АГРЕССИЕЙ) ПОВЕДЕНИЯ ВETERANОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ПРОЦЕССЕ ИХ УЧАСТИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

**Алексей Анатольевич Утюганов¹, Денис Евгеньевич Кузнецов², Анатолий Анатольевич Бакин³,
Юлия Сергеевна Кийко⁴**

¹⁻³ Санкт-Петербургский военный ордена Жукова институт войск национальной гвардии,
Санкт-Петербург, Россия

⁴ ООО «ЛДД», Санкт-Петербург, Россия

¹ utuganovaa@rosgvard.ru

² goodjobman@inbox.ru

³ schizis@inbox.ru

⁴ kiiko777@bk.ru

Аннотация. Нарушения адаптации, которые довольно часто наблюдаются у военнослужащих, принимавших непосредственное участие в боевых действиях, препятствуют их полноценному функционированию (на уровне целостного организма) и затрудняют интеграцию в социум, в мирную жизнь и т. д. Одним из наиболее типичных поведенческих отклонений, характерных для ветеранов боевых действий, является чрезмерно повышенная агрессивность (а также тревожность, возбудимость и эмоциональная лабильность). Деструктивная агрессия, обусловленная психической патологией в виде последствий ранее перенесенного стресса, представляет серьезную опасность, как для самого человека (вчерашнего комбатанта), так и для окружающих, членов его семьи и т. д. Всё это позволяет убедиться в необходимости изучения природы агрессивного поведения ветеранов боевых действий, проходящих курс социальной реабилитации. В статье формулируются общие принципы коррекции данных психопатологических состояний, а также способы своевременного выявления, изучения и предупреждения агрессивного-насильственного поведения лиц, нуждающихся в квалифицированном сопровождении (психологов, психотерапевтов, врачей-психиатров). Итоговая часть исследования содержит вывод о том, что специалистам, которые занимаются реабилитацией военнослужащих, не следует абсолютизировать значение стресс-факторов, поскольку поведенческая активность человека в первую очередь определяется его индивидуальными качествами, уровнем самоконтроля, системой ценностных ориентаций и конкретными обстоятельствами, вызвавшими ту или иную реакцию.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, восстановление, психопрофилактика, реабилитационный потенциал, социальная адаптация, психотерапевтические технологии

Для цитирования: Утюганов А.А., Кузнецов Д.Е., Бакин А.А., Кийко Ю.С. Диагностика и коррекция деструктивного (сопряженного с агрессией) поведения ветеранов боевых действий в процессе их участия в реабилитационных мероприятиях // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. 2023. № 4 (25). С. 98–112. URL: <https://vestnik-spvi.ru/2023/12/011.pdf>. EDN: LWNLVG.

Original article

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF DESTRUCTIVE (AGGRESSION-RELATED) BEHAVIOR OF COMBAT VETERANS IN THE PROCESS OF THEIR PARTICIPATION IN REHABILITATION ACTIVITIES

Alexey A. Utyuganov¹, Denis E. Kuznetsov², Anatoly A. Bakin³, Yulia S. Kiiko⁴

¹⁻³ Saint-Petersburg Military Order of Zhukov Institute of the National Guard Troops, Saint-Petersburg,
Russia

⁴ LLC "LDD", Saint-Petersburg, Russia

¹ utuganovaa@rosgvard.ru

² goodjobman@inbox.ru

³ schizis@inbox.ru

⁴ kiiko777@bk.ru

Abstract. Adaptation disorders, which are quite often observed in military personnel who took direct part in a military action, prevent their full functioning (at the level of an integral organism) and make it difficult to integrate into society, into peaceful life, etc. One of the most typical behavioral abnormalities characteristic of combat veterans is excessively increased aggressiveness (as well as anxiety, excitability and emotional lability). Destructive aggression caused by mental pathology in the form of the consequences of previously suffered stress poses a serious danger both to the person himself (yesterday's combatant) and to others, his family members, etc. All this makes it possible to make sure that it is necessary to study the nature of aggressive behavior of combat veterans undergoing a course of social rehabilitation. The article formulates the general principles of correction of these psychopathological conditions, as well as ways to timely identify, study and prevent aggressive and violent behavior of persons in need of qualified support (psychologists, psychotherapists, psychiatrists). The final part of the study concludes that specialists involved in the rehabilitation of military personnel should not absolutize the importance of stress factors, since a person's behavioral activity is primarily determined by his individual qualities, level of self-control, system of value orientations and specific circumstances that caused a particular reaction.

Keywords: post-traumatic stress disorder, recovery, psychoprophylaxis, rehabilitation potential, social adaptation, psychotherapeutic technologies

For citation: Utyuganov A.A., Kuznetsov D.E., Bakin A.A., Kiiko Yu.S. Diagnosis and correction of destructive (aggression-related) behavior of combat veterans in the process of their participation in rehabilitation activities. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo voennogo instituta vojsk nacional'noj gvardii.* 2023;4(25): 98–112. (In Russ.). Available from: <https://vestnik-spvi.ru/2023/12/011.pdf>. EDN: LWNLVG.

© Утюганов А.А., Кузнецов Д.Е., Бакин А.А., Кийко Ю.С., 2023

Введение

Ранняя диагностика психофизиологических расстройств, свойственных боевой психической травме, традиционно, на протяжении последних ста лет является важнейшей и наиболее существенной проблемой для военных психиатров и психологов. При этом расширение возможностей современной реабилитологии все чаще убеждает специалистов в том, что эмоционально-волевым, когнитивным и поведенческим нарушениям необходимо отводить значительно большее место в научно-практических исследованиях, посвященных этиологии и патогенезу травматического стрессового расстройства (ПТСР). Тщательное изучение характера полученной травмы, клинической картины заболевания, анамнеза жизни и здоровья, преморбидных особенностей пострадавших – все это позволяет своевременно распознавать те пусковые (стрессогенные) моменты, которые свойственны именно конкретной личности и проявляются в строго определенной ситуации, а также выстраивать эффективные восстановительно-адаптационные стратегии [1, С. 248–249; 2, С. 161–166; 3, С. 42–43].

Как показывает практика, ПТСР начинает проявляться вслед за травмой, после окончания так называемого латентного периода, который занимает от нескольких дней до нескольких месяцев [4, С. 219–228; 5, С. 177–181]. Исследователи считают, что под воздействием стресса деятельность организма начинает протекать на пределе функ-

циональных возможностей, интенсивно (и, как правило, не всегда рационально). Расходятся адаптивные резервы, которые к тому же не безграничны и трудно восполнимы, а кроме того, некоторые способы реагирования могут приобрести деструктивный и даже саморазрушительный характер. Следует помнить и о том, что одной из важнейших причин возникновения ПТСР является несоответствие имеющихся у комбатанта социальных и биологических возможностей для переработки психотравмирующей информации и экстремальным условиям боевой обстановки [6, С. 80–86; 7, С. 22–29; 8, С. 491–498; 9, С. 68–69].

Но есть еще риск повторной травматизации военнослужащего в процессе «возвращения в мирную жизнь» (т. е. в период реадaptации). Социальная ситуация уже не та, что была на момент начала боевых действий, и она становится для их участника предметом активной внутренней переработки, вследствие чего формируется несколько иная внутренняя позиция, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности. Подобное положение вещей может стать для человека источником формирования как психологически позитивных установок, так и негативных черт психики с тенденцией к оскудению и «обеднению» всего психического облика, «сужению» связей с миром. Данные феномены, как правило, рассматриваются в рамках невротического, психопатоподобного или патохарактерологического разви-

тия личности [10, С. 8–11; 11, С. 482–486; 12, С. 269–272].

В целом же основной вариант формирования ПТСР связан с длительным периодом адаптации к хронической стрессовой ситуации, с постепенным формированием компенсаторно-приспособительных личностных и психосоматических изменений, с закреплением определенного, эмоционально-окрашенного поведенческого стереотипа. Однако следует особо отметить, что повторные навязчивые воспоминания являются своеобразной «визитной карточкой» ПТСР и могут «преследовать» человека долгие годы. Эти воспоминания, помимо различных навязчивых образов, мыслей и аффективных состояний включают в себя ещё и ощущения, которые воссоздают патологические телесные перцепции, ранее уже пережитые военнослужащими. Таким образом, ПТСР представляет собой достаточно сложное патологическое образование, объединяющее расстройства аффективного спектра, аффективно-идеаторные симптомокомплексы и соматоформные проявления.

Анализируя уровень агрессивности при ПТСР, необходимо акцентировать внимание исследователей на негативно-личностных особенностях респондентов, склонных к совершению насильственных действий, а также на наличие или отсутствие у них достоверных признаков поражения центральной нервной системы. Кроме того, важно иметь в виду, что тяжесть и реализация агрессии при данной патологии в значительной мере зависят: 1) от тяжести состояния человека; 2) от внешней ситуации, в которой происходило («развитие») акта агрессии.

Таким образом, как мы смогли убедиться, на сегодняшний день накоплен значительный объем знаний о клинической картине и механизмах протекания посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, однако вопрос о роли и месте собственно «агрессивных тенденций», конструктивной и деструктивной агрессии в структуре ПТСР по-прежнему остается открытым, что и обусловило проведение данного исследования.

Основная часть

Прежде чем перейти к изложению основной части нашего исследования, имеет смысл уточнить, какова природа агрессивности и чем она отличается от агрессии. Так, подавляющее большинство современных ученых считают, что агрессивность – это личностная характеристика

человека, которая отражает его биосоциальную сущность, то есть в ее формировании участвуют как генетические, так и социокультурные факторы (в первую очередь это относится к спортсменам, военнослужащим, сотрудникам правоохранительных органов, менеджерам и т. д.). В норме (а ее границы находятся в широчайшем диапазоне) высокий уровень агрессивности свидетельствует о наличии лидерских качеств, о стремлении успешно преодолевать трудности, бороться и завоевывать уважение, признание, авторитет. Агрессивность демонстрирует способность человека к быстрой мобилизации внутренних резервов для достижения намеченных целей (в том числе и для преодоления тяжелейших психоэмоциональных нагрузок). Многими авторами агрессивность рассматривается в качестве «естественного» средства самозащиты. Так, например, если человек с изначально высокой («врожденной») агрессивностью чувствует угрозу своей безопасности, то он, как правило, пытается устранить ее источник [13, С. 169–179; 14, С. 28–29; 15, С. 225–227; 16, С. 311–315].

Однако необходимо помнить и о том, что способы реализации агрессивных намерений могут грубо нарушать нравственные нормы, иметь выраженный противоправный характер, приводить к насилию. В контексте рассматриваемых вопросов известные российские криминологи традиционно акцентировали внимание на том, что личность – это всегда совокупность тесно связанных и взаимообусловленных между собой психологических качеств, причем чрезмерное, не вполне оправданное воздействие на хотя бы одно из них неминуемо приводит к сбою работы всей системы центральной нервной деятельности [17, С. 30–31; 18, С. 104–109; 19, С. 209–212].

И, наконец, согласно психопатологическим воззрениям, агрессивность может оказаться структурным компонентом девиантной личности (страдающей шизофренией, эпилепсией, органическим заболеванием головного мозга, ядерной психопатией, психопатоподобными расстройствами) или стать маркером, свидетельством нарастания дезадаптивных проявлений, социального отчуждения конкретного человека [20, С. 57–75; 21, С. 76–80; 22, С. 17–22; 23, С. 66–68].

Цель исследования заключается в попытке теоретического обоснования и эмпирического подтверждения необходимости учета психологами знаний о природе и механизмах агрессивного поведения лиц,

у которых диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (а конкретно – ветеранов боевых действий).

Теоретической и методологической основой данной работы являются:

1) воззрения отечественных ученых о необходимости целостного рассмотрения человека с позиции холистического подхода (в том числе с учетом принципов детерминизма, единства сознания и деятельности);

2) положение о гуманистической направленности восстановительных мероприятий, проводимых в рамках комплексной реабилитации ветеранов боевых действий и членов их семей;

3) труды классиков мировой психиатрии, психологии, нейрофизиологии и психофармакологии, посвященные изучению ПТСР;

4) выводы и рекомендации специалистов (практических работников), занимающихся проблемами диагностики и коррекции агрессивного поведения лиц, испытывавших патогенное воздействие стресс-факторов.

В числе наиболее востребованных методов и методик оказались: метод логического и системного анализа, наблюдения, собеседования, интервью, клинического и психологического тестирования, контент-анализ сведений, содержащихся в официальных документах, социальных сетях, научных публикациях и методических руководствах по реабилитации и «алгоритмах реинтеграции» ветеранов боевых действий.

Для получения объективной информации о состоянии психического здоровья военнослужащих, имеющих статус ветеранов боевых действий, нами совместно со специалистами из Военно-медицинской академии и Фонда содействия правоохранительной деятельности «Университет» (г. Санкт-Петербург) было проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование трехсот офицеров (лиц мужского пола), принимавших непосредственное участие в боевых действиях.

Исследование проводилось на базе лечебных и оздоровительных учреждений МО, МВД и МЧС, которые находились на территории Санкт-Петербурга, Ленинградской и Московской областей, Краснодарского края. Средний возраст участников эксперимента составил 27,2 лет (более 60 % находились в возрастном диапазоне от 24,4 и до 28,5 лет). С момента возвращения из района боевых действий и до начала взаимодействия со специалистами

(фактически – до первого знакомства с членами рабочей группы) проходило не более двух месяцев (в среднем). У 56 человек имелись признаки инвалидности, и военнослужащие занимались прохождением медицинской комиссии, оформлением соответствующей документации.

С учётом имеющейся симптоматики и выраженности дезадаптивных проявлений, мы сочли возможным разделить всех респондентов на четыре группы:

1. «Стрессоустойчивые» («условно здоровые») военнослужащие – 151 человек (50 %). Обследуемые не предъявляли никаких жалоб, были доброжелательны, оптимистичны, строили реальные планы на будущее. Судя по медицинской документации, они не страдали хроническими заболеваниями, регулярно занимались спортом, не имели вредных привычек и прекрасно переносили высокие нагрузки (физические, эмоциональные, интеллектуальные). Практически все представители данной группы были склонны к рефлексии, конструктивному самоанализу, владели приемами самоконтроля и саморегуляции (аутотренинга), по службе характеризовались исключительно положительно. Таким образом, адаптационный потенциал респондентов представлялся весьма значительным.

Однако, при более тщательном опросе, специалистам удалось выяснить, что военнослужащие, стремясь произвести максимально выгодное впечатление на исследователей, далеко не всегда отвечали искренне. Так, спустя какое-то время респонденты признались в наличии у них повышенной раздражительности, тревожности, агрессивности (которая, как правило, нивелировалась и не выходила за рамки «дозволенного»). Кроме того, в подавляющем большинстве случаев имели место так называемые «флешбэк эффекты» (внезапные «приступы» мучительных воспоминаний о войне, погибших товарищах и т. д.), ночные кошмары.

2. «Астенизированные» испытуемые – 59 человек (20 %). Это были военнослужащие с признаками «внутреннего выгорания» (полученного в процессе выполнения боевых задач), в значительной мере исчерпавшие свой адаптационный ресурс, но способные его восстановить и вновь приступить к исполнению служебных обязанностей.

Лица, отнесенные к данной группе, предъявляли жалобы на упадок сил, «разбитость в утренние и вечерние часы», «чуждовидную лень», раздражительную слабость, неспособность «ни расслабиться,

ни сосредоточится», на «обилие тревожных мыслей»), навязчивый характер негативных переживаний. Врачи, проводившие собеседование, смогли убедиться в наличии у респондентов стойкой депрессивной астено-ипохондрической симптоматики. Агрессия проявлялась в виде вспыльчивости, негативных высказываний в адрес окружающих, иногда (довольно редко) специалисты сталкивались с деструктивными тенденциями, имеющими аутоагрессивную направленность.

Если же астенические («мимозоподобные») черты характера у конкретного человека (в данном случае у комбатанта) обозначились еще в детском или подростковом возрасте, то его декомпенсация (как результат патогенного, «разрушительного» воздействия стресс-факторов) может быть достаточно тяжелой. То есть на пути к восстановлению ему придется пройти серьезные испытания в виде преодоления комплекса астенических, депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных и др. расстройств [24, С. 144–149; 25, С. 345–352].

Однако не следует игнорировать и ряд позитивных моментов, например, то, что представители данной группы (отнесенных нами к «конституциональным астеникам») в основной своей массе ответственны, педантичны, требовательны, «скрупулезны». Этим людей характеризует то, что они всегда стремятся довести начатое дело до конца, безукоризненно выполнить любое, даже самое сложное задание.

3. Лица с органическими психическими расстройствами (в т. ч. с признаками психопатического развития личности) – 60 человек (20 %). Астенические проявления также имели место, однако в данном случае они сочетались с когнитивными дисфункциями и различными очаговыми нарушениями в виде афазии, апраксии, агнозии и т. д. Важно подчеркнуть, что в анамнезе военнослужащих имелись указания на многочисленные закрытые черепно-мозговые травмы, контузии, ранения. При тщательном клиническом анализе историй болезни нам удалось выявить два основных типа формирования психопатоподобных синдромов, характерных для представителей данной группы: 1) когда патологические изменения были непосредственно связаны с травмой и поражением мозговых структур; 2) когда травмы, стресс и т. д. спровоцировали развитие еще одной патологии центральной нервной системы, то есть болезни, которая ранее носила латентный, едва заметный характер или вообще никак не проявлялась.

Развитие психопатоподобного синдрома как варианта достаточно «мягкого» посттравматического дефектного состояния было обусловлено, как нам представляется, исключительно последствиями («боевой травмы»). Эти изменения отличались относительной устойчивостью (при наличии довольно явных тенденций к регрессивности всего заболевания). Кроме того, они сопровождались сопутствующими органическими нарушениями, которые, в свою очередь, зависели от особенностей самой травмы, степени тяжести перенесенного воздействия, возраста лица, перенесшего травму, его изначальных психофизиологических качеств (состояния здоровья при поступлении на военную службу), стадии развития посттравматических симптомов, давности заболевания, присоединения дополнительных вредных факторов. Всё это создавало своеобразное взаимопроникновение органических, функциональных, и психогенных механизмов. Причем в большинстве случаев физическое («церебренное») посттравматическое воздействие выступало в качестве основного компонента патологического процесса, а «психогенное начало» уже вторично воздействовало на патологические феномены, иногда видоизменяя клинику и дальнейшую динамику психопатоподобных проявлений.

У четырех человек была диагностирована травматическая эпилепсия, которая характеризовалась значительным полиморфизмом пароксизмальных проявлений. При этом в клинической картине одного военнослужащего доминировали припадки с общими судорогами, сумеречные состояния различной глубины и продолжительности, дисфорические расстройства настроения. У трех других военнослужащих имели место припадки локального (джексоновского) типа, малые припадки, кратковременные выключения сознания, abortивные припадки и атипичные судорожные состояния с выраженным вегетативно-сосудистым («диэнцефальным») компонентом.

В ходе обследования в отношении 13 испытуемых (отнесенных к третьей группе) возникли подозрения, связанные с наличием у них патологической зависимости от психоактивных веществ, которую респонденты категорически отрицали. Из заключения ОВВК следовало, что у данных военнослужащих преобладали неврологические, психосоматические и аффективные расстройства с частыми агрессивными реакциями и аддиктивными тенденциями. Сами

же участники эксперимента предъявляли жалобы на частые головные боли, сердцебиение, «перепады давления» проблемы с желудком, тоскливое настроение, ночные кошмары (а в некоторых случаях – приступы «трудно сдерживаемой ярости» или «беспричинного страха»). Искажения мышления проявлялись в виде парциальной не критичности умозаключений, снижения контроля над эмоциями, неспособности к прогнозированию последствий своих действий. В свою очередь, кататимные механизмы предопределяли формирование паранойяльной симптоматики, а точнее особого паранойяльного симптомокомплекса для которого были характерны: сверхценные идеи, подозрительность, недоверчивость, ригидность, конфликтность, нетерпимость к чужому мнению, убежденность в собственной правоте и «исключительности».

Отмечались и когнитивные нарушения. Однако нельзя не отметить, что делать однозначное заключение об интеллектуальном снижении у лиц с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС), находящихся в состоянии глубокой декомпенсации, весьма проблематично (если не сказать – самонадеянно). Это связано с тем, что доминирующая аффективная возбудимость с агрессивными вспышками иногда, без достаточного учета ситуации, усугубляла впечатление исследователей о «дефектности» мыслительной сферы респондентов. При этом тяжесть аффективно-волевых нарушений (в состоянии декомпенсации) служила показанием для госпитализации таких лиц в медицинское учреждение.

4. Истерические и неустойчивые личности – 30 человек (10 %). Исходя из названия, стержневой характеристикой таких испытуемых следует считать лабильность, неустойчивость, неискренность, «нарочитую демонстративность», эгоцентризм. Они большей частью слабохарактерны и склонны к пассивному подчинению. У них отсутствуют какие-либо высокие моральные принципы и «общественно значимые», одобряемые окружающими цели. Это люди, которые легко поддаются чужому влиянию, причем как хорошему, так и плохому. В результате – им свойственно быстро менять свои взгляды. Стойкие интересы, привязанности, «глубокие отношения» им чужды. При этом они любят бывать в компаниях, не выносят одиночества, и могут даже в течение длительного времени производить благоприятное впечатление на собеседников. В целом же они лишены эмпатии, внутренне холодны, инте-

ресуются лишь собственными потребностями. К числу характерных особенностей истерических личностей необходимо отнести образное мышление, склонность к чрезмерному фантазированию, а в ряде случаев – лживость. Ближайшее окружение психопатизированных субъектов воспринимается ими в качестве неких «статистов» или предметов для манипуляций.

По наблюдениям медиков, у каждого второго военнослужащего, отнесенного к последней (четвертой) группе, на протяжении всего эксперимента отчетливо проявлялась аггравация имеющихся нарушений. Кроме того, имели место случаи «не вполне осознанной, спонтанной симуляции». Подтверждают наше наблюдение и многие отечественные исследователи. В частности, в целом ряде источников можно найти информацию о том, что истерия «маскируется» практически под любую патологию, особенно под астению. При этом сведения об истерическом генезе нарушений астенического уровня представляют существенный интерес для «диагностов», так как в большинстве случаев вместе с астенией имитируются психосоматические заболевания, якобы, непосредственно угрожающие жизни и благополучию респондента [26, С. 3–5; 27, С. 37–40; 28, С. 6–7; 29, С. 260–269].

Обращает на себя внимание тот факт, что многие лица с истерическими чертами характера и неустойчивой психопатоподобной симптоматикой злоупотребляли алкоголем (в чем они откровенно признавались, не считая данную информацию предосудительной или компрометирующей).

Была выявлена склонность респондентов (принадлежащих к четвертой группе) к безответственному поведению. Например, предложенные задачи решались чисто формально («для галочки»), а целенаправленный внутренний контроль большей частью отсутствовал. Удачную характеристику подобным испытуемым в свое время дал крупнейший отечественный нейро-и патопсихолог, профессор Б.С. Братусь: «на деле, в основе их активности лежит не столько само достижение результата, сколько внешняя имитация, ... достигаемая часто любыми, в данный момент под руку попавшимися (импульсивно-бездумными) способами». Учёный также акцентировал внимание на том, что в процессе анализа «неустойчивых» субъектов, речь должна идти не о гипобулии (снижении или слабости волевых начал), а о шаткости личностных диспозиций, «размытости» всего мотива-

ционного поля, о кратковременности, истощаемости и «поверхностности» мотивов, об отсутствии («посредствующих») их целей [30, С. 244–245].

Итак, изучение психического состояния офицеров, пострадавших в результате воздействия хронической стрессовой ситуации (боевой обстановки), показало, что у военнослужащих имеют место нарушения полиморфного характера. В ходе целенаправленных опросов и наблюдений был установлен достоверно высокий уровень расстройств аффективного, астено-невротического и поведенческого спектра (в т. ч. обусловленных повышенной агрессивностью, «несдержанностью» определенной части респондентов). Клиническая картина, субъективное состояние каждого конкретного военнослужащего, динамика этого состояния во многом определялись наличием адаптационного потенциала, а также индивидуально-личностными особенностями, спецификой ценностных ориентаций, масштабами «поражения» ЦНС и организма в целом.

Однако комплексная диагностика агрессивности и агрессивного поведения военнослужащих не может ограничиваться лишь описанием выявленных у них симптомов, синдромов, свойственных ПТСР, или характерологических аномалий. Объективная оценка личности испытуемых предполагает проведение тщательно подготовленного психологического тестирования.

В данной работе в качестве психологического инструментария были использованы:

1. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI), который позволил оценить относительно стабильные личностные диспозиции военнослужащих с признаками ПТСР.

2. «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA), благодаря которому нам удалось выявить наиболее характерные для указанной категории лиц проявления агрессивности, способы реализации агрессивных намерений.

3. Шкала качества жизни, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения (WHOQL – 100) и адаптированная специалистами института им. В. М. Бехтерева является хорошо себя зарекомендовавшим способом психосоциальной диагностики личности.

4. Многофункциональный опросник «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), который позволяет получить развернутую информацию о наличии и состоянии копинг-стратегий, составить представление о наличии (или отсутствии) социаль-

но-дестабилизирующих факторов, затрудняющих процесс восстановления ветеранов боевых действий.

Результаты тестирования стали убедительной демонстрацией того, что представители первой группы («стрессоустойчивые» или «условно здоровые») по ряду факторов существенно отличались от лиц, нуждающихся в оказании специализированной помощи.

Тестовые оценки стрессоустойчивых военнослужащих по оценочным шкалам L, F, K не превышали 70 Т-баллов, что соответствовало норме и позволяло говорить о достоверности результатов, о заинтересованности в сотрудничестве, об отсутствии напряженности, об общей удовлетворенности существующим положением дел и наличием обнадеживающих перспектив. Незначительные «завышения» по шкалам F и K имели место у астенизированных военнослужащих и ветеранов с органическим поражением ЦНС, что может являться характерным признаком «расстройств приспособительных реакций». В свою очередь, одна треть респондентов из четвертой группы (девять человек) продемонстрировали «пики» по все трем указанным шкалам (в пределах 75–85 Т-баллов), причем максимальные значения пришлось на шкалу L, т. е. шкалу «Лжи» (85-Т); все это свидетельствует о неискренности испытуемых с истерическими и неустойчивыми чертами характера, их лицемерии и, соответственно, о недостоверности их ответов (полученные данные были исключены из обработки). Важно отметить, что у стрессоустойчивых военнослужащих цифровые значения профиля личности по большинству шкал находились в диапазоне от 69 до 70 Т; исключением стали следующие шкалы: «0» (Si) – 55 Т, 1 (Hs) – 60 Т, 5 (Mf) – 72 Т, 9 (Ma) – 74 Т-баллов.

Вторая группа отличалась от остальных тем, что наиболее высокие значения профиля личности были получены по шкале «0» (Si) – 72–76 Т, а самые низкие, 53–66 Т – по шкале 9 (Ma). Значения по шкалам № 1, № 2, № 6, № 7 были не ниже 70 и не больше 72 Т – баллов. В третьей группе повышение значений по шкале F от 73 до 76 Т сопровождалось изменением профиля (в сторону увеличения) по четвертой, шестой, восьмой и девятой шкале, что указывает на наличие аффективной неустойчивости, ригидности, подозрительности, агрессивности и общей дезинтеграции. Для представителей четвертой группы (помимо вышеуказанных особенностей) характерно

наличие так называемой «невротической триады» в виде высоких значений (доходящих до 76 Т-баллов) профиля личности по шкалам № 1 («Ипохондрии»), № 2 («Депрессии»), № 3 («Истерии»).

Достаточно простым и надежным способом установления конкретного типа агрессии (характерного для строго определенного контингента лиц) является «Я-структурный тест» Г. Аммона (ISTA). Так, согласно полученным в ходе тестирования данным, значения показателей социализированной агрессии (в том числе мотивационной, ценностно-смысловой, инструментальной и т. д.) были наиболее высокими в группе «стрессоустойчивых» («условно здоровых») военнослужащих. При этом максимальные значения деструктивной (разрушительной) агрессии имели место в группе лиц с органической патологией и психопатоподобной симптоматикой ($p \leq 0,01$). Случаи дефицитарной («нереализованной») агрессии особенно часто возникали у испытуемых с признаками «травматического дефекта», когнитивными нарушениями ($p \leq 0,01$). Высокие значения по шкале «дефицитарная тревога» были зафиксированы у большинства испытуемых из второй, третьей и четвертой группы, что также достоверно отличало «проблемных», нуждающихся в реабилитации военнослужащих от их «условно здоровых» коллег ($p \leq 0,01$).

Показатели деструктивного и дефицитарного нарциссизма были достоверно наиболее высокими в четвертой группе ($p \leq 0,01$), хотя следует отметить, что в единичных случаях превышающие норму значения имели место и у некоторых представителей третьей группы. Соответственно, крайне низкие показатели «нарциссизма» можно считать отличительной чертой «условно здоровых» военнослужащих. Таким образом, испытуемых со стойкой посттравматической симптоматикой характеризовали высокие значения всех дефицитарных функций личностной структуры.

По справедливому выражению военных психологов, ПТСР – крайне болезненное состояние, которое способно буквально в одночасье изменить картину настоящего и будущего в сознании комбатанта, ветерана, гражданского человека, «переформатировать» их мотивационную сферу, «обрушить» или наоборот, укрепить систему ценностей. Однако не следует забывать, что человек, прошедший сквозь горнило боев и тяжелых испытаний, во многом сам определяет свою дальнейшую судьбу [31, С. 67–69; 32, С. 450–456; 33, С. 7–10].

Сила воли, рациональное мышление, психофизиологическая стрессоустойчивость – все это очень важно. Тем не менее, как представляется современным авторам, без опоры на нравственные ориентиры человеку невозможно эффективно, в полной мере использовать свой природный, адаптационный потенциал, применять ассертивный и просоциальный копинг. Духовность и нравственность гармонизируют внутренний мир человека, «приводят в порядок» (иерархизируют) его потребности, опосредуют оценку качества своей жизни, делают ее более адекватной, соответствующей объективной реальности [34, С. 44–47; 35, С. 80–87; 36, С. 74–75].

К сожалению, на сегодняшний день не существует единого, общепринятого подхода к определению понятия «качество жизни». Тем не менее эксперты Всемирной организации здравоохранения с учетом своих, сугубо специфических (в том числе, социально-медицинских и реабилитационных) задач разработали шкалы, позволяющие клиническим психологам «проникать» во внутренний мир человека (пациента, подэкспертного, реабилитанта и т. д.), анализировать глубинные личностные смыслы его индивидуального бытия. Особый акцент делался и продолжает делаться на интерпретации субъективных оценок индивида своего психического (психологического) состояния, соматического здоровья, социального статуса, благополучия, благосостояния и т. д. Как показали дальнейшие многолетние исследования ученых из разных стран, низкие показатели по всем субшкалам коррелируют с крайне неблагоприятными прогностическими признаками (маркерами) нарастающей дезадаптации и дезинтеграции.

Согласно результатам нашего исследования, все респонденты из первой группы (151 человек) оценили качество своей жизни как «высокое» или «достаточно высокое». Во второй группе подобных взглядов придерживался каждый четвертый опрошенный (остальные характеризовали качество жизни как «приемлемое» или «вполне приемлемое»). Положительную оценку качеству своей жизни дали 40 % испытуемых, включенных в состав третьей группы (остальные 60 % – отрицательную). Напомним, что представители четвертой группы зачастую давали недостоверные ответы (девять человек даже были исключены из числа испытуемых), однако укажем, что данные респонденты «описывали» качество жизни в достаточно пессимистичном, негативном ракурсе.

Соответственно, у лиц, занявших «пессимистичную» позицию, постоянно выражавших недовольство и раздражение, допуская бестактные замечания в адрес персонала и членов рабочей группы были выявлены крайне низкие показатели (ниже условной нормы) практически по всем основным шкалам опросника КЖ-100. Нами также были установлены отрицательные корреляционные связи уровня социальной фрустрированности с большинством субшкал данной методики, что явилось основанием для внесения данных респондентов в «группу риска» (в плане нарастания дезадаптации).

Представители первой, второй и частично третьей группы демонстрировали сохранность когнитивных функций и способность к преодолению фрустрирующих факторов. В целом же уровень социальной фрустрированности у них мало чем отличался от общепопуляционного уровня. Настоящее и будущее они рассматривали в позитивном ключе. Даже респонденты с признаками инвалидности, перенесшие массу серьезных операций и т. д., но сохранившие оптимистичный настрой, искренность и доброжелательность, «бодрость духа», характеризовали свое социально-психологическое состояние (в широком смысле) как «некритичное», «поправимое». Данную категорию лиц мы условно обозначили как «перспективную» (в плане полного или частичного восстановления). Тщательный анализ 32 оценок сфер и субсфер модифицированного опросника КЖ-100 показал, что между «перспективными» и «проблемными» респондентами обнаруживаются существенные различия по шести параметрам: 1) «энергия и усталость»; 2) «сон и отдых»; 3) «образ будущего»; 3) «физическая сфера»; 4) «духовность»; 5) «психологическая сфера»; 6) «ответственность».

Изучение специальной литературы показало, что использование методик КЖ-100 и УСФ в реабилитационной практике, как правило, ограничивалось стремлением врачей и психологов решать довольно узкий круг задач медико-социального характера. Однако предпринятое нами исследование позволяет утверждать, что данные методы позволяют не только «фиксировать» уровень компенсации (декомпенсации), выраженность адаптивных механизмов ветеранов боевых действий, устанавливать «истинную» направленность их интересов, характер «скрытых» потребностей, но и контролировать динамику состояния военнослужащих, проводить своевременную коррекцию психотерапевтических мероприятий.

Специалисты, характеризуя диагностические проблемы посттравматических стрессовых расстройств, настаивают на том, что в основе анализа структуры психических отклонений лежит клинический (клинико-психопатологический) метод. Вместе с тем, предостерегают ученые, одномерная «нозоцентрическая» оценка состояния, ориентированная на выявление исключительно болезненных проявлений, далеко не всегда оказывается адекватной, так как не учитывает социально-психологические «параметры» личности комбатанта, ее магистральные потребности, специфику сложившейся на данный момент времени ситуации. Таким образом, программа по оказанию квалифицированной помощи пострадавшим от «боевого стресса» должна включать в себя мероприятия по медикаментозной (психофармакологической), психотерапевтической и психолого-педагогической коррекции [37, С. 29–33; 38, С. 167–170; 39, С. 10].

Медицинская коррекция направлена (в значительной мере) на устранение признаков астении и физического неблагополучия, «выравнивание» эмоционального фона, восстановление сна, купирование «вспышек» агрессии за счет использования селективных нейролептиков, транквилизаторов, «мягких» антидепрессантов, а также ноотропов, природных адаптогенов, пептидных биорегуляторов, витаминных комплексов с микроэлементами. Не менее важны занятия лечебной физкультурой и спортом (под врачебным контролем), курсы физиотерапии. А в качестве «идеального» варианта можно рассматривать сценарий, когда лечение (реабилитация) военнослужащих проходит в условиях санитарно-курортных учреждений [40, С. 121–125; 41, С. 277–280; 42, С. 55–59].

В свою очередь, диапазон психологических, социальных и психотерапевтических методик, используемых в реабилитационных практиках также достаточно широк. Однако, с целью достижения максимального положительного эффекта, специалисты, как правило, используют семь дифференцированных психотерапевтических подходов, приспособленных именно к работе с ветеранами боевых действий: 1) кризисный; 2) личностно-ориентированный; 3) трансперсональный; 4) суггестивный; 5) медитативный; 6) связанный с самовнушением, аутотренингом и т. д.; 7) сочтанный (комбинированный).

Каждый из подходов обладает определенной смысловой нагрузкой и позволяет

решать вполне конкретные задачи. Так, первый подход опирается на рациональную и краткосрочную психоаналитически ориентированную терапию, что дает возможность психологам обращаться к проблемам, прекрасно осознаваемым самим человеком. В качестве вспомогательных технологий используются приёмы, направленные на введение человека в расслабленное (комфортное) состояние. Личностно-ориентированный подход направлен на выявление и осознание испытуемым собственного внутриличностного конфликта (так называемого патогенетического базиса). Трансперсональный подход «выдвигает» на первый план дебрифинг и конструктивные копинг-стратегии. Реализация психотерапевтического потенциала происходит преимущественно на психофизиологическом уровне: постепенно у испытуемого формируется рациональный способ реагирования на фрустрацию. Суггестивный подход представляет собой хорошо известное с древнейших времен внушение: прямое, косвенное, а также внушение, достигнутое благодаря музыкальному сопровождению, дыхательным упражнениям и т. д. Вспомогательными методами при использовании суггестивных технологий являются: телесно-ориентированная терапия, музыкотерапия, ароматерапия. В условиях реабилитационных центров медитация рассчитана на снятие напряжения и достижение внутреннего умиротворения. Во время медитации возможно регулярное воссоздание в памяти приятных эпизодов своей жизни; в результате человек избавляется от депрессивных переживаний и во всей полноте начинает ощущать радость бытия. Вспомогательными элементами могут выступать: йога, дыхательные упражнения, специальная музыка и песнопения, ароматерапия. Аутотренинг является чрезвычайно эффективным способом, позволяющим быстро овладеть навыками саморегуляции и приемами эмоционально-волевого стимулирования. В процессе занятий аутотренингом разрозненные стресс-факторы систематизируются сознанием, затем начинается самостоятельная «работа над ошибками». Прямые показания к аутотренингу охватывают практически весь спектр психологической дисгармонии, однако выбор этой программы определяется, в первую очередь, личностными особенностями человека, его исполнительностью, пунктуальностью, аккуратностью, а также силой убеждения и авторитетом психолога. Социальная адаптация военнослужащих, прошедших полный курс

аутотренинга, самым непосредственным образом связана с ростом уверенности в себе. И, наконец, сочетанное применение различных психотерапевтических подходов позволяет качественным образом «обновлять» репертуар когнитивных схем реабилитанта, сформировать более гибкие паттерны поведенческой активности.

Заключение

Изучение психического состояния военнослужащих, пострадавших в результате воздействия хронической стрессовой ситуации (боевой обстановки) показало, что у респондентов имеют место многочисленные нарушения полиморфного характера. В ходе целенаправленных опросов и наблюдений был установлен достоверно высокий уровень расстройств аффективного, астено-невротического и поведенческого спектра (в т. ч. обусловленных повышенной агрессивностью, «несдержанностью» определенной части респондентов). Клиническая картина, субъективное состояние каждого конкретного военнослужащего, динамика этого состояния во многом определялись наличием адаптационного потенциала, а также индивидуально-личностными особенностями, спецификой ценностных ориентаций, масштабами «поражения» ЦНС и организма в целом.

В рассматриваемой нами проблеме (связанной с уточнением «маркеров» дезадаптации ветеранов боевых действий) выбор конкретных экспериментально-психологических методов является чрезвычайно важным, особенно, когда речь идет об анализе деструктивной (в т. ч. дефицитарной) агрессии. Медико-психологическое заключение основывается, прежде всего, на установлении нозологической сущности заболевания (в данном случае – последствий стресса, травматического поражения головного мозга и т. д.), затем – определяется его клиническая форма, устанавливается, является ли данное состояние прогрессирующим или стационарным. Оперативная констатация характера течения заболевания в буквальном смысле жизненно необходима, так как вопрос о тактике лечения (реабилитации) часто разрешается не только в связи с установлением «психического дефекта», аффективной неустойчивости, «витальной астении», тревоги, депрессии, мучительных воспоминаний, признаков социально-психологического неблагополучия, но и в зависимости от того, является ли данный патологический процесс прогрессирующим, каковы шансы человека на полное восстановление. Нелегкой за-

дачей является определение степени когнитивных нарушений у ветеранов боевых действий с органическим поражением ЦНС. Дело в том, что даже при наличии значительного «психического дефекта» может наблюдаться внешняя сохранность привычных (автоматизированных) форм поведения, что, как правило, производит обнадеживающее впечатление на окружающих, создает иллюзию «сохранности личности». Хотя в действительности, за этим «внешним фасадом» скрываются значительные нарушения интеллектуальной и эмоционально-волевой деятельности. В состоянии глубокой декомпенсации клиническая картина ПТСР может представлять собой сложное переплетение различных синдромов, сопровождаться аггравацией и симуляцией отдельных симптомов.

Результаты тестирования, проведенного с использованием опросника «Качество жизни» (КЖ-100), позволили сформулировать вывод о том, что низкий уровень субъективной удовлетворенности военнослужащих различными аспектами своего функционирования, в сочетании с выраженными психическими аномалиями (нарушениями), является наиболее вероятным маркером стойкой декомпенсации личности. Высокие и средние значения показателей позволяют предположить наличие готовности респондентов с признаками ПТСР к тесному сотрудничеству с врачом и психологом, к отказу от деструктивных форм реагирования (если таковые имели место).

Понятие «качество жизни», применительно к каждому конкретному ветерану боевых действий, следует рассматривать как «самоотчет» человека с признаками посттравматического стрессового расстройства, в котором отражаются: степень его удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, глубина внутренних конфликтов и противоречий, состояние мотивационной сферы.

Повышенный уровень агрессивности у «стрессоустойчивых» военнослужащих служит «обнадеживающим» прогностическим признаком. В то время как у лиц с выраженными симптомами посттравматического стрессового расстройства (на фоне психопатизации, органического поражения центральной нервной системы и т. д.) «нарастающая агрессивность» он является достоверным свидетельством наличия стойких психопатологических переживаний и низкой резистентности (восприимчивости) к экстремальным, психотравмирующим воздействиям.

Проблема своевременного распознавания посттравматического стрессового расстройства и рациональной терапии ветеранов боевых действий с признаками повышенной агрессивности и деструктивной агрессии в структуре ПТСР может быть разрешена лишь при условии совместных усилий военных медиков (психиатров), психотерапевтов и психологов. Сближение наук, слияние различных междисциплинарных подходов и т. д. открывает перед исследователями огромные научные и практические перспективы.

Список источников

1. Битюцкая Е. В. Диагностика субъективного оценивания трудных жизненных задач / Е. В. Битюцкая, А. А. Корнеев // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. Т. 46. № 1. С. 247–279. doi: 10.11621/vsp.2023.01.11.
2. Иванов В. Г. Психологическая помощь в онлайн-режиме при кризисных состояниях и трудных жизненных ситуациях в связи с болезнью / В. Г. Иванов, Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарева [и др.] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8. № 2 (29). С. 160–171.
3. Пригода А. В. Кризисная психологическая помощь родственникам военнослужащих, принимающих участие в специальной военной операции // Шаг в науку. 2023. № 2. С. 42–45.
4. Крюков Е. В. Психологические последствия боевой травмы на госпитальном этапе реабилитации / Е. В. Крюков, Д. В. Овчинников, В. В. Юсупов [и др.] // Известия Российской Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 2023. Т. 42. № 3. С. 219–228.
5. Тимошенко П. С. Посттравматическое стрессовое расстройство: новые вызовы современности // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. № 12 (57). С. 177–181.
6. Гладких И. Г. Структура и содержание профессионально значимых качеств сотрудников правоохранительных органов // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2022. № 12. С. 80–88. <https://doi.org/10.24412/2712-827X-2022-12-80-88>.

7. Гришина Н. В. Человек в отношениях с окружающим миром: описания контекста // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2022. № 3. С. 22–39. DOI: 10.11621/vsp.2022.03.03.
8. Душкин А. С. Педагогика и психология в деятельности сотрудников правоохранительных органов: интеграция теории и практики (Обзор международной научно-практической конференции) / А. С. Душкин, В. А. Юренкова // Российский девиантологический журнал 2022. № 2 (4). С. 491–499. doi: 10.35750/2713-0622-2022-4-491-499.
9. Лекторский В. А. Психологическая теория деятельности А. Н. Леонтьева и современные когнитивные исследования // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2023. Т. 46. № 2. С. 67–83. <https://doi.org/10.11621/LPJ-23-16>.
10. Вассерман Л. И. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова, Е. А. Дубинина [и др.] // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2021. № 55 (3). С. 8–18. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18>.
11. Константинов В. В. Характеристики идентичности личности и процесс социально-психологической адаптации / В. В. Константинов, В. В. Дьяков // Теория и практика общественного развития. 2015. № 12. С. 482–486.
12. Чихачев М. В. Психологическая адаптация в исследованиях военных психологов // Сибирский педагогический журнал. 2013. № 3. С. 269–272.
13. Иванов С. В. Психологическая помощь в преодолении последствий агрессивного поведения // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 4. С. 168–186. DOI: 10.17759/cpse.2017060411.
14. Котенева А. В. Жизненные ценности и биопсихологический возраст сотрудников силовых структур / А. В. Котенева, Т. С. Этриванова // Психология и право. 2022. Т. 12. № 4. С. 28–41. DOI:10.17759/psylaw.2022120403.
15. Рожков А. А. Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (Васильевские чтения – 2022). Обзор международной научно-практической конференции / А. А. Рожков, В. А. Юренкова // Российский девиантологический журнал. 2022. № 2 (2). С. 225–235. doi: 10.35750/2713-0622-2022- 2-225-235.
16. Усачева И. В. Анализ системы мотивации труда сотрудников ОВД и пути ее повышения // Вестник Московского университета МВД России. 2023. № 3. С. 311–316. <https://doi.org/10.24412/2073-0454-2023-3-311-316>.
17. Антонян Ю. М. Личность преступника / Ю. М. Антонян, В. Н. Кудрявцев, В. Е. Эминов. СПб. : «Юридический центр Пресс», 2004. 366 с.
18. Бакин А. А. Социально-психологические и субкультурные аспекты агрессивного поведения военнослужащих: вопросы профилактики действий насильственного характера // Юридическая наука: история и современность. 2022. № 4. С. 104–111.
19. Собчик Л. Н. Криминологические аспекты агрессивности / Л. Н. Собчик, Б. А. Спасенников, С. В. Кулакова // Психология и право. 2022. Т. 12. № 1. С. 209–225. DOI:10.17759/psylaw.2022120116.
20. Клиническая психология XXI века: методология, теория, практика: колл. монография / под ред. Н. В. Зверевой, И. Ф. Рожиной. М. : ФГБНУ НЦПЗ, 2023. 583 с.
21. Макушкина О. А. Биологические основы агрессивного поведения / О. А. Макушкина, О. И. Гурина, В. А. Голенкова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. № 13(5). С. 76–82. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-5-76-82.
22. Решетников М. М. Феномен агрессивности в психологии, психиатрии и в социуме // Глобус: психология и педагогика. 2019. № 4 (32). С. 17–27.
23. Хмара Н. В. Феномен агрессии у лиц с шизофренией / Н. В. Хмара, О. А. Скугаревский // Проблемы здоровья и экологии. 2021. № 18 (2). С. 66–70. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2021-18-2-10>.
24. Шостакович В. В. Расстройство личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. М. : Изд-во МБА, 2006. 172 с.
25. Утюганов А. А. Ценностно-смысловой аспект изучения последствий боевого стресса // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 13. С. 345–352.
26. Костромина С. Н. Переживание личностью собственной деструктивности / С. Н. Костромина, А. Ф. Филатова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2022. № 4. С. 3–38. DOI: 10.11621/vsp.2022.04.01.
27. Ромасенко Л. В. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной неврологической практике / Л. В. Ромасенко, В. В. Вандыш-Бубко,

С. С. Никитин // Нервно-мышечные болезни. 2019. № 9(2). С. 37–42. DOI: 10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42.

28. Семке В. Я. Истерические состояния. М. : Медицина, 1988. С. 6–7.

29. Утюганов А. А. Смысловые компоненты переживания боевого стресса // Сибирский педагогический журнал. 2011. № 3. С. 260–271.

30. Братусь Б. С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 301 с.

31. Кубышко В. Л. Мотивация специалиста силовых структур как основная компонента профессионально-личностной надежности в сложных ситуациях / В. Л. Кубышко, В. М. Крук, И. В. Гайдамашко // Психология и право. 2022. Т. 12. № 4. С. 66–82. DOI:10.17759/psylaw.2022120406.

32. Новиков Н. С. Физическое и психическое здоровье военнослужащих как социально-правовая ценность / Н. С. Новиков, П. Ю. Наумов, А. А. Утюганов // Актуальные проблемы государства и права. 2022. Т. 6. № 3. С. 450–458. DOI: 10.20310/2587-9340-2022-6-3-450-458.

33. Утюганов А. А. Особенности смысловой сферы военнослужащих внутренних войск МВД России, переживших боевой стресс. Новосибирск: Новосибирский военный институт внутренних войск им. генерала армии И. К. Яковлева МВД России, 2013. 99 с.

34. Кравец А. В. Психологические исследования проблемы смысла и смысловых детерминант формирования ценностных ориентаций / А. В. Кравец, А. А. Утюганов // Psychological studies problems of meaning and semantic determinants of formation of valuable orientations. 2016. № 1. С. 44–49.

35. Мананников Д. Ю. Социальная поддержка военнослужащих и членов семей погибших (умерших) участников боевых действий в условиях проведения Российской Федерацией специальной военной операции на территории Украины // Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство». 2022. Т. 10. № 2. С. 80–88. doi:10.21685/2307-9525-2022-10-2-9.

36. Сухоруков В. Н. О вечных ценностях и патриотизме // Юридическая наука: история и современность. 2022. № 10. С. 69–77.

37. Добрых В. Е. Содержание психологического компонента реабилитации военнослужащих, принимавших участие в боестолкновениях // Шаг в науку. 2023. № 2. С. 29–33.

38. Какая психотерапия эффективнее при ПТСР? (Колонка редактора) // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 2. С. 167–171. DOI: <https://doi.org/10.17759/csp.2022300211>.

39. Шамрей В. К. Некоторые проблемы психиатрии катастроф // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1995. № 2. С. 7–14.

40. Громова Е. С. Физическая реабилитация студентов – ветеранов боевых действий / Е. С. Громова, О. В. Шакирова, К. В. Селезнев [и др.] // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2023. № 3 (217). С. 121–127. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2023.03. p. 121–127.

41. Чернявский Е. А. Использование современных психофизиологических аппаратно-программных комплексов в прогнозировании устойчивости к боевому стрессу / Е. А. Чернявский, Н. В. Зеленина, В. В. Юсупов [и др.] // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2022. Т. 41. № 3. С. 277–282.

42. Юсупов В. В. Ближайшие перспективы решения проблем медико-психологического сопровождения военнослужащих / В. В. Юсупов, В. А. Корзунин, А. Д. Демкин [и др.] // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2022. Т. 41. № 1. С. 55–61.

References

1. Bityuckaya E. V., Korneev A. A. Diagnostika sub'ektivnogo ocenivaniya trudnyh zhiznennyh zadach. In: Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2023. Vol. 46;1: 247–279. DOI: 10.11621/vsp.2023.01.11. (In Russ.).

2. Ivanov V. G., Nikolaev E. L., Lazareva E. Yu. Psihologicheskaya pomoshch' v onlajn-rezhime pri krizisnyh sostoyaniyah i trudnyh zhiznennyh situatsiyah v svyazi s boleznyu. In: Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitiye. 2020. Vol. 8;2 (29): 160–171. (In Russ.).

3. Prigoda A. V. Krizisnaya psihologicheskaya pomoshch' rodstvennikam voennosluzhashchih, primayushchih uchastie v special'noj voennoj operacii // Шаг в науку. 2023;2: 42–45. (In Russ.).

4. Kryukov E. V., Ovchinnikov D. V., Yusupov V. V. Psihologicheskie posledstviya boevoj travmy na gospital'nom etape reabilitatsii. In: Izvestiya Rossijskoj Voенно-meditsinskoj akademii im. S. M. Kirova. 2023. Vol. 42;3: 219–228. (In Russ.).

5. Timoshenko P. S. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: novye vyzovy sovremennosti. In: Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psihologii. 2015;12 (57): 177–181. (In Russ.).

6. Gladkih I. G. Struktura i sodержanie professional'no znachimyh kachestv sotrudnikov pravoohranitel'nyh organov. In: Gumanitarnye issledovaniya. Pedagogika i psihologiya. 2022;12: 80–88. <https://doi.org/10.24412/2712-827H-2022-12-80-88>. (In Russ.).
7. Grishina N. V. Chelovek v otnosheniyah s okruzhayushchim mirom: opisaniya konteksta. In: Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2022;3: 22–39. doi: 10.11621/vsp.2022.03.03. (In Russ.).
8. Dushkin A. S., Yurenkova V. A. Pedagogika i psihologiya v deyatel'nosti sotrudnikov pravoohranitel'nyh organov: integraciya teorii i praktiki (Obzor mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii). In: Rossijskij deviantologicheskij zhurnal 2022;2 (4): 491–499. DOI: 10.35750/2713-0622-2022-4-491-499. (In Russ.).
9. Lektorskij V. A. Psihologicheskaya teoriya deyatel'nosti A. N. Leont'eva i sovremennye kognitivnye issledovaniya. In: Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2023. Vol. 46;2: 67–83. <https://doi.org/10.11621/LPJ-23-16>. (In Russ.).
10. Vasserman L. I., Shchelkova O. Yu., Dubinina E. A. Social'naya frustrirovannost' kak faktor psihogeneza rasstrojstv psihicheskoy adaptacii // Obozrenie psihatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Bekhtereva. 2021;55 (3): 8–18. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-8-18>. (In Russ.).
11. Konstantinov V. V., D'yakov V. V. Charakteristiki identichnosti lichnosti i process social'no-psihologicheskoy adaptacii. In: Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya. 2015;12: 482–486. (In Russ.).
12. Chihachev M. V. Psihologicheskaya adaptaciya v issledovaniyah voennyh psihologov. In: Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. 2013;3: 269–272. (In Russ.).
13. Ivanov S. V. Psihologicheskaya pomoshch' v preodolenii posledstvij agressivnogo povedeniya. In: Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2017. Vol. 6;4: 168–186. DOI: 10.17759/cpse.2017060411. (In Russ.).
14. Koteneva A. V., Etrivanova T. S. Zhiznennye cennosti i biopsihologicheskij vozrast sotrudnikov silovyh struktur. In: Psihologiya i pravo. 2022. Vol. 12;4: 28–41. DOI:10.17759/psylaw.2022120403. (In Russ.).
15. Rozhkov A. A., Yurenkova V. A. Aktual'nye problemy psihologii pravoohranitel'noj deyatel'nosti: koncepcii, podhody, tekhnologii (Vasil'evskie chteniya – 2022). Obzor mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. In: Rossijskij deviantologicheskij zhurnal. 2022;2 (2): 225–235. doi: 10.35750/2713-0622-2022- 2-225-235. (In Russ.).
16. Usacheva I. V. Analiz sistemy motivacii truda sotrudnikov OVD i puti ee povysheniya. In: Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii. 2023. № 3. S. 311–316. <https://doi.org/10.24412/2073-0454-2023-3-311-316>. (In Russ.).
17. Antonyan Yu. M., Kudryavcev V. N., Eminov V. E. Lichnost' prestupnika. Saint-Petersburg: «Yuridicheskij centr Press», 2004. 366 s. (In Russ.).
18. Bakin A. A. Social'no-psihologicheskije i subkul'turnye aspekty agressivnogo povedeniya voennosluzhashchih: voprosy profilaktiki dejstvij nasil'stvennogo haraktera. In: Yuridicheskaya nauka: istoriya i sovremennost'. 2022;4: 104–111. (In Russ.).
19. Sobchik L. N., Spasennikov B. A., Kulakova S. V. Kriminologicheskije aspekty agressivnosti. In: Psihologiya i pravo. 2022. Vol. 12;1: 209–225. DOI:10.17759/psylaw.2022120116. (In Russ.).
20. Zverevoj N. V., Roshchin I. F. Klinicheskaya psihologiya XXI veka: metodologiya, teoriya, praktika. Moscow: FGBNU NCPZ, 2023. 583 s. (In Russ.).
21. Makushkina O. A., Gurina O. I., Golenkova V. A. Biologicheskije osnovy agressivnogo povedeniya. In: Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. 2021;13(5): 76–82. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-5-76-82. (In Russ.).
22. Reshetnikov M. M. Fenomen agressivnosti v psihologii, psihatrii i v sociume. In: Globus: psihologiya i pedagogika. 2019;4 (32): 17–27. (In Russ.).
23. Hmara N. V., Skugarevskij O. A. Fenomen agressii u lic s shizofreniej. In: Problemy zdorov'ya i ekologii. 2021;18 (2): 66–70. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2021-18-2-10>. (In Russ.).
24. Shostakovich V. V. Rasstrojstvo lichnosti (psihopatii) v sudebno-psihiatricheskoy praktike. Moscow: Izd-vo MBA, 2006. 172 s. (In Russ.).
25. Utyuganov A. A. Cennostno-smyslovoj aspekt izucheniya posledstvij boevogo stressa. In: Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. 2009;13: 345–352. (In Russ.).
26. Kostromina S. N., Filatova A. F. Perezhivanie lichnost'yu sobstvennoj destruktivnosti. In: Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 2022;4: 3–38. doi: 10.11621/vsp.2022.04.01. (In Russ.).
27. Romasenko L. V., Vandysh-Bubko V. V., Nikitin S. S. Istericheskie i komorbidnye psihicheskie rasstrojstva v ambulatornoj nevrologicheskoy praktike. In: Nervno-myshechnye bolezni. 2019;9(2): 37–42. DOI: 10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42. (In Russ.).
28. Semke V. Ya. Istericheskie sostoyaniya. Moscow: Medicina, 1988. S. 6–7. (In Russ.).
29. Utyuganov A. A. Smyslovyje komponenty perezhivaniya boevogo stressa. In: Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. 2011;3: 260–271. (In Russ.).

30. Bratus' B. S. Anomalii lichnosti. Moscow: Mysl', 1988. (In Russ.).
31. Kubyshko V. L., Kruk V. M., Gajdamashko I. V. Motivaciya specialista silovyh struktur kak osnovnaya komponenta professional'no-lichnostnoj nadezhnosti v slozhnyh situacijah. In: Psihologiya i pravo. 2022. Vol. 12;4: 66–82. DOI:10.17759/psylaw.2022120406. (In Russ.).
32. Novikov N. S., Naumov P. Yu., Utyuganov A. A. Fizicheskoe i psihicheskoe zdorov'e voennosluzhashchih kak social'no-pravovaya cennost'. In: Aktual'nye problemy gosudarstva i prava. 2022. Vol. 6;3: 450–458. DOI: 10.20310/2587-9340-2022-6-3-450-458. (In Russ.).
33. Utyuganov A. A. Osobennosti smyslovoj sfery voennosluzhashchih vnutrennih vojsk MVD Rossii, perezhivshih boevoj stress. Novosibirsk: Novosibirskij voennyj institut vnutrennih vojsk im. generala armii I. K. Yakovleva MVD Rossii, 2013. 99 s. (In Russ.).
34. Kravec A. V., Utyuganov A. A. Psihologicheskie issledovaniya problemy smysla i smyslovyh determinant formirovaniya cennostnyh orientacij. In: Psychological studies problems of meaning and semantic determinants of formation of valuable orientations. 2016;1: 44–49. (In Russ.).
35. Manannikov D. Yu. Social'naya podderzhka voennosluzhashchih i chlenov semej pogibshih (umershih) uchastnikov boevyh dejstvij v usloviyah provedeniya Rossijskoj Federaciej special'noj voennoj operacii na territorii Ukrainy. In: Elektronnyj nauchnyj zhurnal «Nauka. Obshchestvo. Gosudarstvo». 2022. Vol. 10;2: 80–88. doi:10.21685/2307-9525-2022-10-2-9. (In Russ.).
36. Suhorukov V. N. O vechnyh cennostyah i patriotizme. In: Yuridicheskaya nauka: istoriya i sovremennost'. 2022;10: 69–77. (In Russ.).
37. Dobryh V. E. Soderzhanie psihologicheskogo komponenta reabilitacii voennosluzhashchih, primimavshih uchastie v boestolknoventiyah. In: Shag v nauku. 2023;2: 29–33. (In Russ.).
38. Kakaya psihoterapiya effektivnee pri PTSD? (Kolonka redaktora). In: Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. 2022. Vol. 30;2: 167–171. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2022300211>. (In Russ.).
39. Shamrej V. K. Nekotorye problemy psixiatrii katastrof. In: Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii im. V. M. Bekhtereva. 1995. № 2. S. 7–14. (In Russ.).
40. Gromova E. S. Fizicheskaya reabilitaciya studentov – veteranov boevyh dejstvij / E. S. Gromova, O. V. Shakirova, K. V. Seleznev // Uchenye zapiski universiteta imeni P. F. Lesgafta. 2023;3 (217): 121–127. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2023.03. p. 121–127. (In Russ.).
41. Chernyavskij E. A., Zelenina N. V., Yusupov V. V. Ispol'zovanie sovremennyh psihofiziologicheskikh apparatno-programmnyh kompleksov v prognozirovanii ustojchivosti k boevomu stressu. In: Izvestiya Rossijskoj Voенно-medicinskoj akademii. 2022. Vol. 41;3: 277–282. (In Russ.).
42. Yusupov V. V., Korzunin V. A., Demkin A. D. Blizhajshie perspektivy resheniya problem mediko-psihologicheskogo soprovozhdeniya voennosluzhashchih. In: Izvestiya Rossijskoj Voенно-medicinskoj akademii. 2022. Vol. 41;1: 55–61. (In Russ.).

Информация об авторах

Information about the authors

А. А. Утюганов – доктор психологических наук, доцент
Д. Е. Кузнецов – кандидат исторических наук
А. А. Бакин – кандидат юридических наук, кандидат медицинских наук

A. A. Utyuganov – Doctor of Sciences (Psychology), Docent
D. E. Kuznetsov – Candidate of Sciences (History)
A. A. Bakin – Candidate of Sciences (Law), Candidate of Sciences (Medicine)

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 18.12.2023;
одобрена после рецензирования 22.12.2023;
принята к публикации 25.12.2023.

The article was submitted 18.12.2023;
approved after reviewing 22.12.2023;
accepted for publication 25.12.2023.