

СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У УЧАСТНИКОВ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Ю.Ю. Стрельникова

*Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы
МЧС России, г. Санкт-Петербург*

Описывается структурная модель взаимосвязи частоты и длительности пребывания в зоне вооруженного конфликта комбатантов из числа сотрудников органов внутренних дел, их возраста и продолжительности периода их реадaptации к мирной жизни, с одной стороны, личностных особенностей и особенностей проявлений посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Представлен анализ прогностических факторов, непосредственно и косвенно влияющих на степень выраженности симптомов «вторжения» и особенности протекания ПТСР у представителей профессий с экстремальным характером деятельности.

Ключевые слова: сотрудники полиции, комбатанты, структурная модель личности, посттравматическое стрессовое расстройство, личность, эмоциональная лабильность, пессимизм, интроверсия.

Последствия боевой психической травмы выделяются в отдельную группу психических нарушений, поскольку основой любой войны остается принцип «убей сам или будь убитым» (Медико-психологическая коррекция...2010). По представленным Б.В. Дриги (2012) данным, у большинства комбатантов (73,3 %) преобладают невротические и связанные со стрессом расстройства, среди которых в 67,1 % случаев составляет собственно посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в разделе F43.2 описываются диагностические критерии ПТСР (Международная классификация болезней..., 1994). При этом, в отличие от критериев четвертого классификационного стандарта психических нарушений, принятого Американской психиатрической ассоциацией (DSM-IV-R), подчеркивается ведущая роль симптомов «вторжения» (вторгающихся воспоминаний; мыслей, ощущений, сновидений, сопровождаемых тревогой и страхом; «флэшбэков» – нарушений ориентировки с повторным «реальным» переживанием травматического события и алгоритма действий и т. п.) для постановки и подтверждения диагноза этого расстройства (англ. – Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD). По мнению В.Г. Василевского, Г.А. Фастовцова (2005), боевой стресс, приводящий к формированию ПТСР (так называемый «боевой ПТСР»), более полиморфен, длителен и носит кумулятивный

характер, по сравнению с ПТСР, вызванными другими причинами (катастрофами, стихийными бедствиями и т. д.). Боевые ПТСР являются более разрушительными, как по своим социальным (профессиональным, межличностным, семейным, мировоззренческим), так и психическим (психосоматическим) последствиям. В публикации R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet et al. (1995) описано, что частота ПТСР у комбатантов составляет 38,8 %. Приведенные в отечественных публикациях данные исследований (Александров, 2001) показывают, что у 62 % ветеранов Афганистана симптомы ПТСР появились сразу после возвращения из условий боевых столкновений, у 15 % комбатантов такие симптомы проявились спустя 2–6 месяцев, а у 23 % – только через 4,5–5,5 лет. Исследование группы участников контртеррористической операции (КТО) на территории Чеченской Республики (n=97), описанное Н.В. Тарабриной (2008) свидетельствует, что выраженные признаки ПТСР отмечаются у 22 % обследованных, при этом получена достоверная взаимосвязь между степенью травматичности их боевого опыта и тяжестью их симптоматики ПТСР.

Анализ данных эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с отдельными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие психической травмы, либо клинико-психопатологические феномены присутствуют изначально (например, невроз трево-

ги, депрессивный синдром, панические расстройства, социофобия, враждебность, социальное отчуждение и др.). Боевые стресс-факторы служат пусковым механизмом, «раскручивающим» преморбидно существующий индивидуальный конгломерат биологических и социально-психологических взаимодействий (Снедков, 1997). По мнению А.Б. Смуглевича (2003), предикторами развернутой картины ПТСР могут быть субдепрессивность и гипоманиакальность людей, подвергшихся психической травме. По мнению В.Г. Василевского и Г.А. Фастовцева (2005), для клинической картины боевого ПТСР специфично наличие симптомов, перемещающихся между полюсами невротического и психотического регистра психической патологии, с переходами от эпизодической гипотимии до стойкой депрессии; от навязчивых боевых воспоминаний до мучительных эхомнезий; от тревоги до диффузного страха; от настороженности до подозрительности и т.д.. В то же время, с точки зрения М.Я. Тадевосян с соавт. (2011), преморбидная предрасположенность к ПТСР трактуется как личностная особенность. Вместе с тем, Е.О. Александров (2001) утверждает, что патохарактерологические изменения личности начинаются одновременно с развитием ПТСР, скрываясь за его симптомами, и проявляются в виде зафиксированных трансформаций лишь после редукции симптомов «вторжения».

Как следствие возникает вопрос об установлении природы соотношения между этиопатогенетическими факторами-предикторами ПТСР и его клиническими проявлениями. При этом наиболее информативным представляется разработка определенной математической модели, объясняющей возможные такого рода закономерности.

Представляется, что наиболее информативным в этом отношении является метод моделирования структурными уравнениями (SEM – Structural Equations Modeling), который активно применяется в зарубежных исследованиях начиная с 90-х годов прошлого века, а в отечественной психологии – только в последние годы. В то же время в доступной научной литературе нам не удалось обнаружить работ, анализирующих структурные модели взаимосвязи динамически действующих предикторов ПТСР с личностными особенностями комбатантов и с симптомами ПТСР, при том, что имеется практика использования

других методов с аналогичными целями. Так, Б.В. Дрига (2012) отмечает, что выполненные на основе дискриминантного анализа прогностические модели ПТСР, предназначенные для решения экспертных задач применительно к ветеранам локальных войн, содержат некоторые определяющие характеристики (возраст комбатантов на момент участия в боевых действиях; наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы (ЧМТ); тот или иной клинический вариант ПТСР (прежде всего – тревожно-экссплозивный, диссоциативный или апатический); характер симптомов ПТСР (наличием симптоматики «вторжения» и диссоциации); продолжительность несения службы в регионе боевых действий и число боестолкновений, в которых комбатант принимал участие. По мнению Р.Г. Набиева (2015), формирование ПТСР у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) связано с наличием трех блоков психологических характеристик:

- индивидуально-типологические особенности (экстраверсия/интроверсия, нейротизм, фрустрация, агрессивность, ригидность, личностная тревожность);
- профессиональный статус (стаж службы, количество и продолжительность спецкомандировок в зоны КТО);
- наличие определенных изменений функционирования состояния центральной нервной системы (ЦНС).

По мнению Н.В. Тарабриной, «высокий уровень посттравматического стресса тесно взаимосвязан с характеристиками психопатологической симптоматики, общим уровнем дистресса, показателями депрессивности, личностной тревожностью и возрастом, что позволяет рассматривать их в качестве симптомокомплекса, корреспондирующего с клинической картиной ПТСР» (Тарабрина, 2008, с. 274]. По заключению Н.А. Куксовой (2003), преморбидные, конституционально-обусловленные психотипологические особенности личности военнослужащих имеют важное значение в генезе развития и тяжести протекания нервно-психических расстройств пограничного уровня, формирующихся после сочетанной боевой психической травмы. Аналогично рода данные были получены Ch. Brewin и соавт. (2000), которые выявили три категории предикторов ПТСР: пол, возраст к моменту травматизации и этническая принадлежность. Более широкий перечень получен Е.Г. Ичитовкиной (2011), которая

обнаружила, что преморбидная пессимистичность, невротизированность, эмоциональная лабильность, высокая личностная тревожность, интравертированность, ригидность, склонность к глубокому анализу травматических событий и «дискоммуникативность» являются факторами, способствующими формированию дезадаптации и ПТСР у комбатантов-сотрудников ОВД. В свою очередь, Н.В. Короткова (2000), установила, что лиц с «комбатантной акцентуацией» отличает заострение эмоциональных свойств личности (тревожности, эмоциональной лабильности, возбудимости и др.) и использование копинг-стратегии «избегание».

Описанные выше достаточно вариативные результаты многочисленных исследований не позволяют сформировать относительно строгое представление о характере взаимосвязи между прогностическими факторами (предикторами) степени тяжести ПТСР у комбатантов (его отдельных симптомов или нозологии в целом), частотой и длительностью пребывания их в зоне вооруженного конфликта, возрастом и продолжительностью периода реадaptации к мирной жизни. Основная гипотеза проведенного нами исследования опиралась на то, что в такой системе взаимосвязей основную медиаторную роль (роль посредников) играют личностные особенности комбатантов.

Объект исследования: комбатанты из числа сотрудников ОВД, имеющие опыт участия в КТО на территории Чеченской Республики. Общий объем выборки представляется репрезентативным ($n = 223$). Средний возраст комбатантов составил $28,8 \pm 5,5$ лет, среднее число спецкомандировок в зону КТО достаточно велико ($2,8 \pm 2,3$), так же как и велика средняя длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта (224 ± 143) суток. Представляется сопоставимой с этими данными и средняя продолжительность периода реадaptации после возвращения из зоны КТО $-2,2 \pm 2$ года.

Для изучения психологических последствий участия в КТО использовались психодиагностические методики:

- стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик (2002);

- многофакторная личностная методика Р. Кеттелла в варианте 16-ФЛЮ, форма С (Капустина, 2001);

- тест цветовых отношений М. Люшера (модификация «парные сравнения», Филимонов, 1993);

- опросник травматического стресса (ОТС, Котенев, 1997).

Клинико-психологический статус испытуемых описывался анализом симптомов и итоговых показателей ПТСР, поскольку с момента первого участия в боевых операциях у всех комбатантов прошло более 3 месяцев.

В качестве основного метода анализа эмпирических данных применялось моделирование структурными уравнениями, рассчитываемыми с помощью компьютерной версии статистического пакета «SPSS Statistics ver. 22.0», с использованием модуля AMOS (Analysis of Moment Structures – анализ структур моментов). Все изучаемые показатели характеризовались интервальным уровнем измерений, имели многомерную нормальность распределения, что позволило обоснованно применить оценочную функцию максимального правдоподобия (ML).

На рис. 1 представлены результаты статистической обработки данных в виде структурной модели направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных (возраст, число и длительность спецкомандировок в зону КТО, продолжительность периода реадaptации к мирной жизни), в их связи с чертами личности, обуславливающих степень тяжести симптомов «вторжения» ПТСР.

Проверка достаточности объема выборки дала положительный результат: соотношение объема выборки ($n = 223$) и числа оцениваемых параметров ($T = 16$) равно 13,94, что значительно считающееся критически достаточным значение 5 (Kline, 2011). Индексы согласованности свидетельствуют о хорошем соответствии модели эмпирическим данным: $\chi^2 = 22,845$ ($df = 24$), $p = 0,529$, $RMSEA = 0$. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, их знаки соответствуют теоретическим предположениям.

Представленные выше статистические характеристики подтверждают состоятельность модели и обоснованно позволяют содержательно ее интерпретировать с учетом стандартизированных регрессионных весов (числа стрелок от вершин графической модели), отражающих направленность и силу эффекта влияния одной переменной на другую.

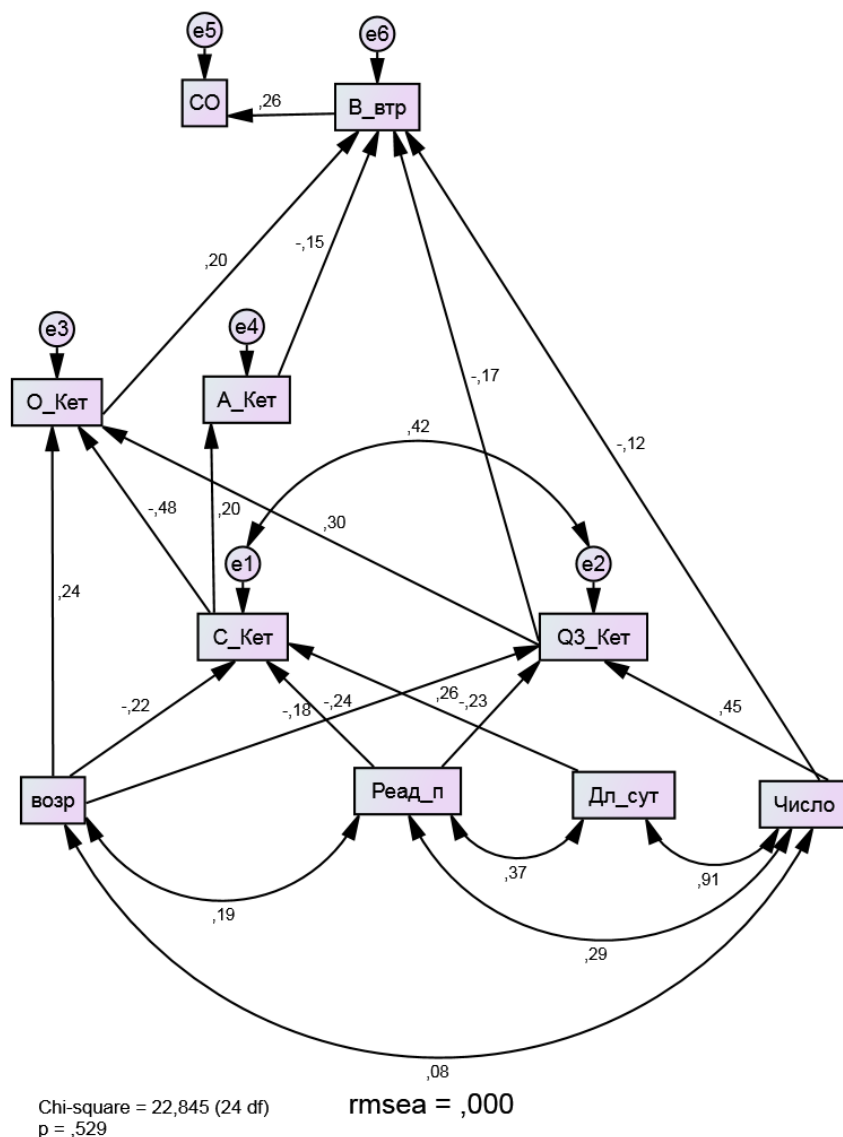


Рис. 1. Структурная модель взаимосвязи динамических предикторов с чертами личности комбатантов – сотрудников ОВД и с симптомами «вторжения» в структуре ПТСР.

Экзогенные переменные: «Возр» – возраст; «Реед_п» – длительность реедапационного периода; «Дл_сут» – длительность пребывания в зоне КТО, сутки; «число» – количество спецкомандировок. Эндегенные переменные: 1. Факторы 16-ФЛО): «А_Кет» – замкнутость-общительность; «С_Кет» – эмоциональная лабильность-стабильность; «О_Кет» – спокойствие-тревожность; «Q₃_Кет» – низкий-высокий самоконтроль. 2. Показатели теста Люшера: «СО» – суммарное отклонение (тест Люшера). 3. Тест Котенева: «В_втр» – симптомы «вторжения» ПТСР). 4. Статистики: e1, e2, e3, e4, e5, e6 – ошибки эндегенных переменных

Как следует из структурной модели (рис. 1), симптомы «вторжения» ПТСР у комбатантов детерминируют изменяющиеся во времени упомянутые выше экзогенные переменные (возраст, частота, длительность участия в спецоперациях и продолжительность периода реедаптации к мирной жизни), объединенные к тому же между собой ковариационными связями (двунаправленными стрелками). Положительная ковариация означает, что комбатанты зрелого возраста (0,08), часто

и длительно (0,91) участвовавшие в КТО, имеют и более продолжительный (0,37) реедапационный период (0,29). При этом динамические переменные могут как непосредственно влиять (прямой эффект) на выраженность симптомов «вторжения» ПТСР (например, переменная «число командировок»), так и оказывать опосредованное влияние через эндегенные медиаторы – преморбидные личностные особенности (эмоциональную лабильность, волевой самоконтроль, тревожность и др.).

Возраст оказывает косвенный эффект на выраженность симптомов «вторжения» ПТСР через факторы С, Q₃ 16-ФЛО (медиаторы 1-го порядка), фактор А 16-ФЛО (медиатор 2-го порядка) и фактор О 16-ФЛО, который может выступать как медиатор 1-го или 2-го порядка. С возрастом у комбатантов снижается самоконтроль (-0,18; фактор Q₃ 16-ФЛО), повышается беспокойство, озабоченность, чувство вины (0,24; фактор О 16-ФЛО), эмоциональная лабильность, импульсивность (-0,22; фактор С, 16-ФЛО), которая, в свою очередь, осложняет социальную коммуникацию (0,20; фактор А 16-ФЛО), усиливает тревожно-депрессивный фон настроения (-0,48) и вторгающиеся воспоминания (0,20). У комбатантов более молодого возраста (-0,18) с развитым самоконтролем (фактор Q₃ 16-ФЛО) чувство вины, недовольство собой, страх и тревога (0,30; фактор О 16-ФЛО), способствуют усугублению симптомов «вторжения» ПТСР (0,20) и психической напряженности (0,26; СО). Напротив, у самых молодых сотрудников ОВД, характеризующихся отсутствием чувства вины, тревожности (0,24; фактор О 16-ФЛО), а также противоречий между мотивами и жизненными целями (-0,18; фактор Q₃ 16-ФЛО), отмечается низкий уровень симптомов «вторжения» ПТСР (-0,17).

В отдаленном периоде реадаптации к мирной жизни наблюдаются аналогичные эффекты: вторгающиеся воспоминания (-0,17) часто беспокоят лиц с затрудненным самоконтролем (-0,23; фактор Q₃ 16-ФЛО), а также импульсивных, эмоционально лабильных (-0,24; фактор С, 16-ФЛО), замкнутых, скрытных (0,20; фактор А, 16-ФЛО), тревожных, испытывающих чувство вины (-0,48; фактор О, 16-ФЛО), у которых травматическое событие повторно переживается в снах или в виде «флешбэков» (0,20). В раннем периоде возвращения к мирной жизни (-0,23) низкий уровень симптомов «вторжения» (-0,17) и психической напряженности (0,26) отмечается у комбатантов, хорошо осознающих социальные требования и ответственность (фактор Q₃ 16-ФЛО), спокойных, не испытывающих раскаяния и чувства вины (0,30; фактор О, 16-ФЛО).

Частота участия в боевых действиях может оказывать как прямой отрицательный эффект на выраженность симптомов «вторжения» ПТСР (-0,12), так и опосредованно влиять через фактор Q₃ (медиатор 1-го порядка) и

фактор О 16-ФЛО (медиатор 2-го порядка). У комбатантов, выезжавших в зону КТО лишь однократно, наблюдается сниженный самоконтроль эмоций и поведения (0,45), усиливающий симптомы «вторжения». У участников вооруженных конфликтов, часто выезжавших в зону КТО и отличающихся высоким самоконтролем (0,45; фактор Q₃ 16-ФЛО), чувства вины и тревожности, предвосхищение угрожающих стимулов (0,30; фактор О 16-ФЛО) усугубляют вторгающиеся воспоминания (0,20).

Продолжительное нахождение в зоне КТО косвенно детерминирует выраженность симптомов «вторжения» через фактор С (медиатор 1-го порядка), факторы А и О 16-ФЛО (медиаторы 2-го порядка). Длительное участие в спецоперациях повышает смелость, эмоциональную устойчивость (0,26; фактор С 16-ФЛО), хладнокровие (-0,48; фактор О 16-ФЛО) и циклотимию (0,20; фактор А 16-ФЛО), вероятно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности. При этом уверенность в своих способностях (0,20; фактор О 16-ФЛО), общительность и открытость (-0,15; фактор А 16-ФЛО) снижают вероятность симптомов «вторжения» и психической напряженности (0,26; СО).

На рис. 2 изображена структурная модель взаимосвязи динамических предикторов с личностными особенностями комбатантов из числа сотрудников ОВД и с интегральным показателем ПТСР. Общие статистические характеристики модели оказались также значимыми: (соотношение объема выборки и числа оцениваемых параметров ($T = 14$), равное 15,93, значительно превышает предельно малое критическое значение (5), а индексы согласованности ($\chi^2 = 15,087$ ($df = 20$), $p = 0,771$, $RMSEA = 0$) показали хорошее соответствие модели эмпирическим данным. Все оценки ковариаций и регрессионных коэффициентов между переменными статистически достоверны, значимы, что подтверждает состоятельность модели и позволяет содержательно ее интерпретировать.

Согласно структурной модели (рис. 2), переменные «возраст» и «число командировок» могут как непосредственно детерминировать степень тяжести ПТСР (прямой эффект), так и оказывать опосредованное влияние через эндогенные медиаторы (пессимизм, интроверсию, демонстративность личности). Длительность пребывания в зоне КТО и про-

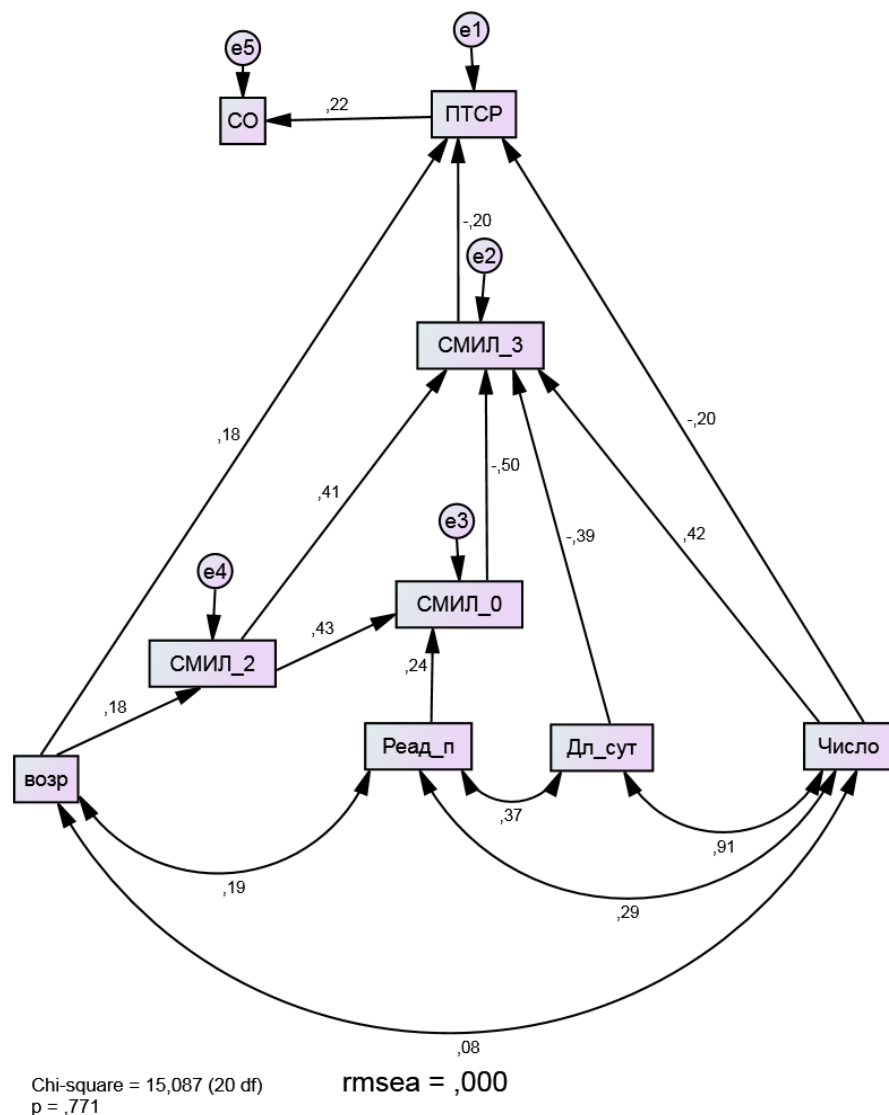


Рис. 2. Структурная модель взаимосвязи динамических предикторов с личностными особенностями комбатантов и проявлениями ПТСР.

Экзогенные переменные (предикторы): «Возр» – возраст; «Реад_п» – продолжительность периода реадaptации к мирной жизни; «Дл_сут» – общая длительность спецкомандировок, сутки; «Число» – количество спецкомандировок в зону КТО.

Эндогенные переменные: 1. Шкалы СМЛ: «СМЛ_2» – шкала пессимистичности; «СМЛ_0» – шкала социальной интроверсии; «СМЛ_3» – шкала эмоциональной лабильности. 2. Показатели теста М. Люшера СО – суммарное отклонение. 3. Тест Котенева: «ПТСР» – посттравматическое стрессовое расстройство. 4. Статистики: e1, e2, e3, e4, e5 – ошибки эндогенных переменных (влияния, не учтенные в модели)

должительность реадaptационного периода оказывают только косвенное влияние на выраженность ПТСР.

Интерпретация модели показывает, что чем старше возраст к моменту боевой травмы, тем выше вероятность возникновения и степень тяжести ПТСР (положительный знак стандартизованного коэффициента регрессии 0,18). Косвенный эффект влияния возраста на развитие ПТСР опосредован гипотимией и социальной интровертированно-

стью личности (медиаторами 1-го порядка), а также эмоциональной лабильностью (медиатором 2-го порядка). Отрицательный знак стандартизованного коэффициента регрессии между 3-й шкалой СМЛ и ПТСР (-0,20) означает, что, чем ярче выражены демонстративные черты личности, тем ниже вероятность развития ПТСР и слабее его симптомы. Возможной причиной этого факта является свойственный таким лицам защитный механизм вытеснения негативной информации, а

также выраженные вегетативные реакции с их экстрапунитивным отреагированием. Для истероидной личности психотравмирующими являются ситуации, нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип (крушение эгоцентрических установок), которые в боевых условиях встречаются редко.

С возрастом (0,18) повышается уровень осознания имеющихся проблем на фоне скептицизма, пессимистичного восприятия настоящего и будущего (2-я шкала СМИЛ). Гипотимия, с одной стороны, способствует увеличению эмоциональной лабильности (0,41), уменьшая риск ПТСР, с другой – усугубляет интровертированность личности (0,43). Замкнутость, обращенность в мир внутренних переживаний (0-я шкала СМИЛ) сочетается с низкой чувствительностью к проблемам социального окружения и отсутствием демонстративных черт личности (-0,50; 3-я шкала СМИЛ). Социальная интроверсия, усиливаясь в период реадaptации к мирной жизни (0,24) и усугубляясь на фоне гипотимии, депрессии (0,43; 2-я шкала СМИЛ), способствует более тяжелым последствиям психической травматизации. Напротив, включенность в социальную среду (низкие значения 0-й шкалы СМИЛ), сочетающаяся с эмотивностью, ориентацией на внешнюю оценку и поддержку группы (-0,50; высокая 3-я шкала СМИЛ), сопровождается снижением риска развития и выраженности ПТСР (-0,20).

Демонстративность личности (3-я шкала «эмоциональная лабильность» СМИЛ) препятствует развитию посттравматического стресса, являясь медиатором 1-го порядка для экзогенных переменных: длительности (-0,39) и частоты (0,42) участия в спецоперациях. С одной стороны, частые спецкомандировки в зону КТО снижают (-0,20) выраженность ПТСР (возможно, вследствие адаптации к экстремальным условиям деятельности), с другой – усиливают преморбидную истероидность личности (0,42), при которой яркость эмоциональных проявлений (в сочетании с некоторой поверхностностью переживаний и вытеснением стрессовой информации) способствует быстрому отреагированию и разрядке негативных эмоций, уменьшая риск посттравматических симптомов (-0,20). В результате длительных спецкомандировок снижается чувствительность к средовым воздействиям (-0,39) и увеличивается тяжесть ПТСР, на фоне которого усиливается психи-

ческая напряженность (0,22; показатель СО теста Люшера).

Заключение. Таким образом, риск развития и выраженность симптомов «вторжения» ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, которые испытывают чувство вины, отличаются тревожностью, замкнутостью, эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и затрудненным волевым самоконтролем. Симптомы «вторжения» ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде у лиц с опытом частых и длительных спецкомандировок, а также у эмоционально устойчивых, спокойных, смелых, волевых, уверенных в себе, циклотимных комбатантов молодого возраста, умеющих контролировать эмоции и поведение, с отсутствием тревожности и чувства вины, с непротиворечивостью и интегрированностью мотивов и целей профессиональной деятельности.

Преморбидная демонстративность личности является ключевым фактором, препятствующим развитию ПТСР, а отсутствие выраженных истероидных черт повышает риск возникновения тяжелых посттравматических нарушений. Показатель возраста может как непосредственно увеличивать степень тяжести ПТСР, так и косвенно влиять на его выраженность через усиление пессимистичности и социальной интровертированности личности. Количество командировок в зону КТО оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность посттравматических симптомов. Длительность участия в КТО и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни непосредственно не влияют на выраженность ПТСР, но опосредованно детерминируют риск его возникновения за счет наличия ряда личностных черт (социальной интроверсии, демонстративности). Риск выраженного ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократного, но длительного воздействия боевого стресса у социально интровертированных, пессимистичных комбатантов из числа сотрудников ОВД зрелого возраста, с минимальной выраженностью демонстративных черт личности. Риск развития ПТСР минимален в раннем реадaptационном периоде у лиц с опытом частых и краткосрочных командировок в зону КТО, а также у демонстративных, экстравертированных комбатантов молодого возраста.

В доступной литературе не удалось обнаружить исследований, указывающих на благоприятную роль преморбидно выраженных демонстративных личностных черт, препятствующих развитию ПТСР. Напротив, Е.В. Снедков отмечает, что декомпенсация акцентуации истероидного типа протекала в условиях боевых действий в виде «часто рецидивирующих демонстративных нарушений поведения, в том числе суицидального шантажа, сопровождалась яркими экспрессивными проявлениями чувств, криками, рыданиями, позерством, вспышками раздражения. Военнослужащие с истероидным радикалом из подразделений обеспечения устраивали бурные сцены с требованиями перевести их в часть (боевые подразделения – прим. Ю.С.), участвовавшие в боевых операциях с не меньшей демонстративностью добивались перевода их во внутренний округ» (Снедков, 1997, с. 143]. Возможной причиной низкой вероятности развития тяжелых форм ПТСР у комбатантов ОВД с демонстративными чертами личности, является свойственный таким лицам защитный механизм вытеснения негативной информации с ее экстрапунитивным отреагированием. Вероятно, также, что для истероидной личности психотравмирующими являются ситуации, нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип (крушение эгоцентрических установок), которые в боевых условиях встречаются редко. Напротив, «орел героя» оказывает позитивное влияние на самооценку, удовлетворяет высокий уровень притязаний и потребность нравиться окружающим, а групповая деятельность подразделения (отряда) способствует сопричастности общему настроению, создавая благоприятную почву для самоопределения.

Литература

1. Александров, Е.О. Взорванный мозг. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника и лечение / Е.О. Александров. – Новосибирск: Сибвузиздат, 2001. – 160 с.
2. Василевский, В.Г. Формирование взглядов на проблему боевого посттравматического стрессового расстройства / В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 2. – С. 7–10.
3. Дрига, Б.В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.В. Дрига. – СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова, 2012. – 24 с.
4. Ичитовкина, Е.Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов Министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Г. Ичитовкина. – Архангельск: СГМУ, 2011. – 22 с.
5. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.
6. Короткова, Н.В. Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн: дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Короткова. – СПб., 2000. – 246 с.
7. Котенев, И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: метод. пособие для практик. психологов / И.О. Котенев. – М., 1997. – 40 с.
8. Куксова, Н.А. Психологическая коррекция постреактивной личностной изменчивости у военнослужащих после сочетанной боевой травмы: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Куксова. – Ставрополь: СтавГУ, 2003. – 178 с.
9. Медико-психологическая коррекция специалистов «силовых» структур: метод. пособие / под ред. А.Б. Белевитина. – СПб.: Айсинг, 2010. – 268 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Оверлейд, 1994. – 300 с.
11. Набиев, Р.Г. Особенности посттравматического стрессового расстройства у сотрудников МВД в зависимости от индивидуальнотипологического и профессионального статуса: дис. ... канд. биол. наук / Р.Г. Набиев. – Челябинск: ЧГПУ, 2015. – 121 с.
12. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 432 с.
13. Снедков, Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Снедков. – СПб.: ВМедА им. С.М. Кирова, 1997. – 438 с.
14. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
15. Тадевосян, М.Я. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы / М.Я. Тадевосян, С.Г. Сукиасян // Неврология и психиатрия. – 2011. – № 11. – С. 95–100.
16. Тарабрина, Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: дис. ... д-ра психол. наук / Н.В. Тарабрина. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – 356 с.
17. Филимоненко, Ю.И. Цветовой тест М. Люшера. Модификация «попарные сравнения»: методическое руководство / Ю.И. Филимоненко. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1993. – 42 с.

18. Brewin, Ch.R. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults* / Ch.R. Brewin, B. Andrews, J.D. Valentine // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – № 68 (5). – P. 748–766.

19. *Posttraumatic stress disorder in the National*

Comorbidity Survey / R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet et al. // *Arch Gen Psychiatry*. – 1995. – V. 92. – P. 1048–1060.

20. Kline, R.B. *Principles and practice of structural equation modeling* / R.B. Kline. – N.Y.: The Guilford Press, 2011. – 432 p.

Стрельникова Юлия Юрьевна, кандидат психологических наук, доцент, докторант, Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы МЧС России (Санкт-Петербург), ulich1969@yandex.ru.

Поступила в редакцию 18 февраля 2016 г.

DOI: 10.14529/psy160204

THE STRUCTURAL MODEL OF PERSONALITY CHANGE AT PARTICIPANTS OF THE COUNTER-TERRORIST OPERATION

Yu.Yu. Strel'nikova, ulich1969@yandex.ru

St.-Petersburg University of State Fire Service, EMERCOM of Russia,

St.-Petersburg, Russian Federation

The structural model of interrelation of frequency and duration of stay in a zone of armed conflict, age and readaptation period duration of peaceful life with personal features and post-traumatic stress disorder (PTSD) by police officers' – combatants' was considered in this article. Predictive factors, which are directly and indirectly influencing the degree of the symptoms «invade reminiscence» and PTSD in professionals' of an extreme profile of activity were analyzed.

Keywords: police officers, combatants, structural model, posttraumatic stress disorder, personality, emotional instability, pessimism, introversion.

References

1. Aleksandrov E.O. *Vzorvannyi mozg. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: klinika i lechenie* [Blown-up brain. Post-traumatic stress disorder. Disease pattern and therapy]. Novosibirsk. 2001. 160 p.
2. Vasilevskiy V.G. *Formirovanie vzglyadov na problemu boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva* [Formation of views on the problem of combat PTSD]. *Ros. psikiatr. zhurn.* 2005. No. 2. Pp. 7–10.
3. Driga, B.V. *Osobennosti boevykh posttravmaticheskikh stressovykh rasstroystv u voennosluzhashchikh, prokhodivshikh voennuyu sluzhbu po prizyvu: avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Features combat posttraumatic stress disorders at the military personnel passing a compulsory military service]. St. Petersburg, 2012. 24 p.
4. Ichitovkina, E.G. *Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti kombatanov Ministerstva vnutrennikh del pri vozdeystvii stress-faktorov boevoy obstanovki: avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Clinical and socio-psychological characteristics of the combatants of the Ministry of internal Affairs of influencing stress factor of a combat situation]. Arkhangel'sk, 2011. 22 p.
5. Kapustina A.N. *Mnogofaktornaya lichnostnaya metodika R. Kettella* [R. Kettell's multifactorial personal technique]. St. Petersburg, 2001. 112 p.

6. Korotkova, N.V. *Psikhologicheskie i mediko-sotsial'nye osobennosti veteranov lokal'nykh voyn*: dis. ... kand. psikh. nauk [Psychological and medico-social characteristics of veterans of local wars]. St. Petersburg. 2000. 246 p.
7. Kotenev I.O. *Psikhologicheskaya diagnostika poststressovykh sostoyanii u sotrudnikov organon vnutrennikh del* [Psychological post-stress status examination in police officers]. Moscow, 1997. 40 p. (in Russ.)
8. Kuksova N.A. *Psikhologicheskaya korrektsiya postreaktivnoy lichnostnoy izmenchivosti u voennosluzhashchikh posle sochetannoy boevoy travmy*: dis. ... kand. psikh. nauk [Psychological correction of postreaction personality variation of the military personnel after the associated combat trauma]. Stavropol'. 2003. 178 p. (in Russ.)
9. *Mediko-psikhologicheskaya korrektsiya spetsialistov «silovykh» struktur* [Medico-psychological correction in professionals of law enforcement agencies]. Ed. A.B. Belevitin. St. Petersburg. 2010. 268 p. (in Russ.)
10. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr) (MKB-10). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. [International Classification of Diseases, 10th Edition. Classification of psychiatric and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostics instructions]. St. Petersburg. 1994. 300 p.
11. Nabiev R.G. *Osobennosti posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva u sotrudnikov MVD v zavisimosti ot individual'no-tipologicheskogo i professional'nogo statusa*: dis. ... kand. biol. nauk [Features of posttraumatic stress disorders at police officers depending on the individual-typological and professional status]. Chelyabinsk, 2015. 121 p. (in Russ.)
12. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabollevaniyakh* [Depressions at somatic and mental diseases]. Moskva. 2003. 432 p. (in Russ.)
13. Snedkov E.V. *Boevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lecheno-reabilitatsionnye printsipy)*: dis. ... dokt. med. nauk [Combat trauma (clinical and pathogenetic dynamics, diagnostics, treatment and rehabilitation principles)]. St. Petersburg. 1997. 438 p. (in Russ.)
14. Sobchik L.N. *Standartizirovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti SMIL* [A standardized method of multiple-factor study of personality (SMIL)]. St. Petersburg. 2002. 219 p. (in Russ.)
15. Tadevosyan M.Ya. *Psikhicheskaya travma, ee posledstviya i predraspologayushchie faktory* [Mental trauma, its consequences and the contributing factors] // *Nevrologiya i psikhiiatriya*. 2011. No. 11. Pp. 95–100. (in Russ.)
16. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: integrativnyy podkhod*: dis. ... dokt. psikh. nauk [Psychology of post-traumatic stress: An integrative approach]. St. Petersburg. 2008. 356 p. (in Russ.)
17. Filimonenko Yu.I., Tsvetovoi test M. Lyushera. *Modifikatsiya «poparnye sravneniya»* [Luscher color test. Modification «paired comparisons»]. St. Petersburg. 1993. 42 p. (in Russ.)
18. Brewin, Ch.R. *Meta-analiz faktorov riska vozniknoveniya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva u travmirovannykh vzroslykh*. [Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults]. *Zhurnal konsul'tativnoy i klinicheskoy psikhologii*. 2000. No. 68 (5). Pp. 748–766.
19. Kessler R.C., Sonnega A. Bromet E. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo v Nacional'nom komorbidnom issledovanii* [Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey]. *Arch Gen Psychiatry*. 1995. V. 92. P. 1048–1060.
20. Kline R.B. *Principy i praktika modelirovaniya strukturnymi uravneniyami* [Principles and practice of structural equation modeling]. New York. 2011. 432 p.

Received 18 February 2016

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Стрельникова, Ю.Ю. Структурная модель изменений личности у участников контртеррористической операции / Ю.Ю. Стрельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 29–38. DOI: 10.14529/psy160204

FOR CITATION

Strel'nikova Yu.Yu. The structural model of personality change at participants' of the counter-terrorism operation. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 2, pp. 29–38. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160204