

Министерство образования и науки Украины
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

На правах рукописи

Сукачёва Ольга Николаевна

УДК: 159.9.072:616.89-085.851:355.1-057.36(477)

Особенности адаптационных расстройств уволенных из рядов
вооруженных сил украины военнослужащих

19.00.04 – медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии, неврологии и медицинской
психологии медицинского факультета
Харьковского национального
университета имени В.Н. Каразина,
доктор медицинских наук, профессор
Пономарьов Владимир Иванович

Харьков – 2016

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	7
РАЗДЕЛ 1 АДАПТАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	14
1.1. Адаптационные расстройства в современных системах диагностики.....	14
1.1.1. Адаптационное расстройство как диагностическая категория.	14
1.1.2. Проблема определенности термина «адаптационные расстройства».....	16
1.1.3. Споры по вопросу валидности «адаптационных расстройств» как диагностической категории.....	17
1.1.4. Эпидемиология адаптационных расстройств.....	22
1.1.5. Феноменология адаптационных расстройств.....	23
1.1.6. Коморбидность адаптационных расстройств.....	26
1.2. Психотерапия как базовый компонент терапии адаптационных расстройств. Направленность, формат и технический спектр психотерапевтических интервенций. Мишени психотерапии.....	27
1.3. Адаптационные расстройства у военнослужащих.....	34
1.4. Обобщения к разделу 1.....	39
РАЗДЕЛ 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
2.1. Общая характеристика обследованных.....	43
2.2. Методы исследования.....	50
2.3. Обобщения к разделу 2.....	54

РАЗДЕЛ 3	КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ.....	56
3.1.	Феноменология адаптационных расстройств.....	56
3.2.	Обобщения к подразделу 3.1.....	67
3.3.	Результаты изучения реагирования военнослужащих на факт непланируемого вынужденного увольнения из армии.....	69
3.4.	Обобщения к подразделу 3.3.....	73
3.5.	Результаты изучения аддиктивного поведения бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами.....	75
3.6.	Обобщение к подразделу 3.5.....	79
РАЗДЕЛ 4	ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ, С АДАПТАЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	82
4.1.	Результаты изучения тревожности.....	82
4.2.	Результаты изучения депрессии.....	87
4.3.	Обобщения к подразделам 4.1. и 4.2.....	90
4.4.	Результаты изучения темпераментальных характеристик.....	90
4.5.	Обобщение к подразделу 4.4.....	101
4.6.	Результаты изучения выраженности субъективного контроля.....	101
4.7.	Обобщения к подразделу 4.6.....	110
4.8.	Результаты изучения психической ригидности.....	110
4.9.	Обобщения к подразделу 4.8.....	117
4.10.	Результаты изучения агрессивности.....	118
4.11.	Обобщение к подразделу 4.10.....	121

РАЗДЕЛ 5 СПЕЦИФИЧНЫЕ МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ, В МИРНОЕ ВРЕМЯ.....	123
5.1. 5.1. Обобщения к разделу 5.....	125
ВЫВОДЫ.....	129
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	132

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

AP	адаптационные расстройства
BC	Вооруженные Силы
BCU	Вооруженные Силы Украины
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ДСМ (DSM)	Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, принятое в США
МКБ (ICD)	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПВ AP	поведенческий вариант адаптационного расстройства
AB AP	аффективный вариант адаптационного расстройства
PSE	Present state examination (Шкала оценки психического статуса)
AC	аддиктивный статус
АП	аддиктивное поведение
МПА	мотивы потребления алкоголя
ПАВ	психоактивные вещества
ОМН	общая мотивационная напряженность
УСК	уровень субъективного контроля
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (Ю.Л. Ханин, 1976, адаптация))
RX1	Шкала Реактивной тревожности STAI
RX2	Шкала Личностной тревожности STAI
SDS	Self-Rating Depression (Самооценочной шкалы депрессии Зунга)
ОСТ	Опросник Структуры Темперамента (В.М. Русалов, 1990)

BDHI	Buss-Darkes Hostility Inventory (Опросник А. Басса и А. Дарки, адаптация А.К. Осницкого)
ОСТ	Опросник Структуры Темперамента (В.М. Русалов, 1990)
ТОР	Томский опросник ригидности (Г.В. Залевский, 1993)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Высокая распространенность [1–8], недостаточная определенность клинических проявлений [9–11], сложности дифференциальной диагностики и прогноза [12], негативные социальные и медицинские последствия [13–17] обуславливают актуальность изучения адаптационных расстройств (АР). Кроме того, существует необходимость более полного понимания роли психологических факторов в формировании АР в различных социальных группах, переживающих «стрессы социальных изменений» [18, 19].

Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, частота выявления АР у пациентов разных возрастных категорий, профессиональных и гендерных групп существенно варьирует: от 1% до 24% [4, 20–26], 5–20% [1], 2–8% [25]. В последнее десятилетие расстройства адаптации приобретают максимальную распространенность, охватывая до 65% социально активной группы населения [27]. Большой разброс результатов эпидемиологических исследований объясняется полиморфным характером АР [6], сложностями диагностики АР [10, 28], спецификой контингентов, в которых проводилось исследование АР [5, 6, 18], различием диагностических критериев АР [29], недостаточной определенностью самого понятия АР [30, 31].

Одной из социальной групп, высокорисковой в плане развития АР, является группа профессиональных военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил (ВС) в связи с реформированием армии. Ситуация непланируемого увольнения, переход военнослужащих из одной социально-профессиональной среды в другую, неопределенность трудоустройства, нарушение привычного уклада жизни, потенциально является повышено-стрессогенной, но для части военнослужащих приобретает характер психотравмирующего события. Это связано с тем, что служба в армии выступала для многих из них как фактор гарантированной занятости, получения приличного денежного содержания, социальных льгот, гарантий

карьерного роста и т.п. [22, 32–46]. Оказавшись за пределами армии, военнослужащие сталкиваются со многими проблемами, в числе которых социальная и профессиональная невостребованность, необходимость перемены места учебы и работы членов семей, отсутствие опыта и навыков работы в условиях рыночной экономики и т.д. В немногочисленных, преимущественно зарубежных исследованиях показано, что значительное число военнослужащих не могут привыкнуть, адаптироваться к гражданским условиям [34, 35]. У части из них возникают АР, на фоне которых проявляются не свойственные им ранее различные формы социально отклоняющегося поведения [22].

Несмотря на значимость оптимизации медико-психологической помощи бывшим военнослужащим с АР, многие вопросы медицинской и медико-психологической помощи далеки от своего разрешения.

Отсутствуют данные о своеобразии индивидуально-психологических особенностей бывших военнослужащих, обуславливающих их стрессорную уязвимость при переходе из одной социально-профессиональной среды в другую, и повышающих риски развития АР. Не идентифицированы и не структурированы психотерапевтические мишени, специфичные для контингента бывших военнослужащих с различными вариантами АР.

Необходимость решения вышеперечисленных проблем и их высокая медико-социальная значимость определяют актуальность нашей работы.

Связь работы с научными программами, темами. Работа выполнена согласно плану научных исследований, проводимых на кафедре психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского Национального Университета имени В.Н. Каразина по теме: «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ госрегистрации 0113U001081). Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина (протокол № 11 от 13 июня 2013 г.) и согласована с Межведомственным

советом по координации научных исследований по педагогическим и психологическим наукам в Украине (протокол № 3 от 25.03.2014 г.).

Цель и задачи исследования. *Цель исследования:* на основе анализа и комплексной оценки особенностей адаптационных расстройств у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, уволенных в ходе реформирования армии, идентифицировать мишени психотерапии, которые являются специфичными для больных с адаптационными расстройствами у этого контингента.

Задачи исследования.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ и систематизацию научных данных по проблематике адаптационных расстройств у военнослужащих, уволенных из армии в ходе ее реформирования.

2. Определить клинико-психологические особенности адаптационных расстройств у военнослужащих Вооруженных Сил Украины, уволенных в ходе реформирования армии.

3. Определить индивидуально-психологические особенности военнослужащих Вооруженных Сил Украины с адаптационными расстройствами, которые были уволены в ходе реформирования армии.

4. Определить мишени психотерапии, которые являются специфичными для военнослужащих с адаптационными расстройствами, уволенных из армии в ходе ее реформирования.

Объект исследования – адаптационные расстройства у военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил Украины в ходе реформирования армии.

Предмет исследования – особенности адаптационных расстройств, как мишени их психотерапии у военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил Украины в ходе реформирования армии.

База исследования – основную группу исследования составили 99 военнослужащих мужского пола с признаками адаптационных расстройств

(АР) (F 43.2. по критериям МКБ-10), уволенных из рядов Вооруженных Сил Украины (ВСУ) в ходе реформирования армии.

Контрольную группу образовали 30 бывших военнослужащих мужского пола, уволенных из ВСУ, не проявивших признаков АР после увольнения, и не имевших их на момент обследования.

Средний возраст пациентов с АР – $38,50 \pm 2,02$ лет, испытуемых без признаков АР – $38,40 \pm 1,06$ лет.

Исследование проводилось в период с 2010 по 2013 год на клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина в Военно-медицинском клиническом центре северного региона.

Никто из обследованных не имел опыта боевых действий.

Теоретико-методологическую основу исследования составили фундаментальные принципы современной психологической науки: принципы детерминизма, единства сознания и деятельности (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, Б.Ф. Ломов, С.Д. Максименко, С.Л. Рубинштейн); генетико-психологическая теория развития и функционирования личности С.Д. Максименко; основные положения медицинской психологии (Б.В. Зейгарник, Б.Д. Карвасарский, А.С. Кочарян, М.В. Маркова, Л.Ф. Шестопалова) и психосоматики (Ф. Александер, Н.Ф. Шевченко) принципы и подходы общей и клинической психодиагностики (В. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук), принципы и подходы исследования коморбидности психических и поведенческих расстройств (В.И. Пономарев), представление о мишени психотерапии в ее психологических моделях (Л.Ф. Бурлачук, М.Е. Жидко, А.С. Кочарян), концепция форматного представления (через систему мишеней) психотерапевтического процесса (Р.К. Назиров и др.).

Методы исследования – для решения поставленных задач и достижения цели исследования были использованы: теоретический метод (анализ научных источников по теме исследования); эмпирические методы (клинические шкалы, тестирование); математико-статистический метод.

Научная новизна полученных результатов. Впервые определены:

- клинико-психологические особенности АР у военнослужащих ВС Украины, уволенных в мирное время в ходе реформирования армии, операционализированные как специфичные мишени их психотерапии;
- аддиктивное поведение уволенных военнослужащих с АР;
- устойчивые индивидуально-психологические характеристики дезадаптивной направленности как специфичные мишени психотерапии бывших военнослужащих с АР;
- предложена система специфичных для больных данного контингента мишеней психотерапии.

Расширены и дополнены научные представления о специфичности проявлений АР в профессиональных группах, которые переживают «стресс социальных изменений», а именно, в группе военнослужащих ВС Украины, уволенных в ходе реформирования армии.

Дальнейшее развитие получила концепция форматного (через систему мишеней) представления психотерапевтического процесса больных с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами.

Практическая значимость полученных результатов. Заключается в разработке системы специфичных мишеней психотерапии уволенных из ВС Украины в ходе реформирования армии военнослужащих, проявивших после увольнения признаки адаптационных расстройств. Основные результаты исследования внедрены в практическую работу Военно-медицинского клинического центра Северного региона (справка № 12-02 / 89 от 15.04.2015 г.); учебную и научно-методическую работу кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина Министерства образования и науки Украины (справка № 137/4 от 16.04.2015 г.).

Личный вклад соискателя. В публикациях, которые выполнены в соавторстве с проф. В.И. Пономаревым «Аддиктивный статус у бывших военнослужащих с различными вариантами адаптационного расстройства»,

«Результаты изучения субъективной комфортности при разных вариантах расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из рядов вооруженных сил в связи с реформированием армии», «Результаты изучения стратегий поведения у военнослужащих с поведенческим вариантом расстройства адаптации» диссертанту принадлежат: набор эмпирического материала и его обработка, формулирование выводов.

Апробация результатов исследования. Основные теоретико-методологические положения, практические результаты и выводы исследования докладывались на следующих государственных и международных научно-практических конференциях: научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченої 210-річчю Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна (14–15 квітня 2014 р., м. Харків), научно-практической конференции с участием международных специалистов «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченої засновнику вітчизняної наукової та практичної психіатрії Петру Олександровичу Бутковському (7–9 жовтня 2015 р., м. Харків), XVI Української научно-практической конференції с міжнародним участком «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма», присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря СРСР О.Р. Довженка (7 квітня 2015р., м. Харків), міжнародної научно-практической конференції «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації» (10–11 квітня 2015 р., м. Одеса), міжнародної научно-практической конференції «Медична наука та практика на сучасному історичному етапі» (8 травня 2015 р., Київ).

Публікації. Результати диссертационного дослідження відображені в 15 наукових роботах, з яких 4 – в професійних виданнях України, 2 – зарубіжних періодичних професійних виданнях, 6 статей в спеціалізованих наукових журналах України, 3 – матеріали конференцій.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 147 страницах, основной объем составляет 131 страницу, диссертация содержит 36 таблиц, список использованных источников включает 124 пункта (из них 80 – кириллицей, 44 – латиницей).

РАЗДЕЛ 1

АДАПТАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Адаптационные расстройства в современных системах диагностики

1.1.1. Адаптационное расстройство как диагностическая категория

Диагностическая категория «расстройство адаптации» («adjustment disorder») появилась в DSM в 1968 году, а в ICD – в 1978 году [20]. До этого в англоязычной литературе использовался термин «преходящие ситуационные расстройства» [8, 20, 47, 48]. В текущей версии ICD (МКБ-10) расстройства адаптации отнесены к рубрике расстройств, связанных со стрессом (stress-related disorders) [20, 49]. В поздних версиях DSM (IV и V) расстройства адаптации также выделены в отдельную рубрику, но описываются как психические расстройства, в патогенезе которых стресс играет важную роль [47, 48, 50, 51].

При этом имеет место определенная путаница в понятиях и терминах: под термином «стресс» в указанных классификациях подразумевается стрессовое событие, а не универсальная физиологическая реакция – общий адаптационный синдром [6]. По классическим представлениям, стресс является не более чем «неспецифической физиологической реакцией напряжения, выполняющей приспособительную, адаптивную роль и возникающий в ответ на изменения окружающей среды» [52, 53]. В последние десятилетия первоначальный научный смысл термина «стресс» подвергся искажению: он начал применяться преимущественно к неблагоприятным, драматичным событиям, а не только и даже не столько к реакции на изменения среды, то есть стал обозначать собственно «stressor» – воздействие, раздражитель, опасность,

экстраординарное событие [54]. Искаженное понимание стресса нашло отражение в международной классификации МКБ-10 и ныне закреплено в таких понятиях как «реакция на стресс», «реакция на тяжелый стресс» (reaction to severe stress в оригинале ICD-10), что тавтологично и не вполне отвечает научной терминологии [54].

Неоднозначность использованного термина «стресс» при определении термина «расстройство адаптации» не единственное слабое место DSM и ICD. В современных диагностических классификациях [49, 50, 51] много и иных «уязвимых» мест, перечень которых достаточно полно отражен в публикации О.С. Антиповой [6]. Практически не обсуждается роль личности в возникновении и особенностях течения расстройств адаптации. Не учитывается опыт преодоления сходных ситуаций в анамнезе, а также сенсibiliзирующая роль повторных стрессовых и психотравмирующих воздействий. Кроме того, упускается из виду влияние дополнительных экзогенных или соматических вредностей, астенизирующих факторов, органически или соматически измененной «почвы». Основное внимание в диагностических критериях данной рубрики сфокусировано на изолированных клинических аспектах адаптационных расстройств. Указывается наличие эмоциональных и поведенческих нарушений, а также тенденция к фиксации на стрессовой ситуации и к ее драматизации. Важным критерием для диагностики является субъективное переживание индивидуумом неспособности справиться с возникшей ситуацией, изменить ее, принять или приспособиться к ней. При этом нарушение социального функционирования выражено не грубо и, как правило, проявляется в некотором снижении продуктивности в повседневных делах. Добавим к этому, что в самой МКБ-10 отсутствуют граничные параметры нарушения «социального функционирования», равно как и граничная степень снижения «продуктивности в повседневных делах», что

позволяет достаточно субъективно трактовать этот важный для постановки диагноза критерий.

1.1.2. Проблема определенности термина «адаптационные расстройства»

В настоящее время в украинско- и русскоязычной научной литературе для обозначения исследуемой диагностической единицы используются термины «адаптационное расстройство», «расстройство адаптации» (как полные синонимы), в то время как в англоязычной литературе для обозначения данного психического нарушения используется термин «расстройство приспособления» («adjustment disorder») [1, 55]. В публикациях нередко можно встретить более неопределенные в своем значении термины такие как «проблемы приспособления» («adjustment problems»), «трудности приспособления» («adjustment difficulties»), «недостаточная «приспособляемость» («maladjustment») [55]. Мы солидарны с мнением И.В. Гореликова [55], о том, что этимологически слова «приспособление» (adjustment) и «адаптация» (adaptation) несут различные оттенки значений. Слово «адаптация», кроме таких значений как акт приспособления, состояние приспособления, несет дополнительные значения: биологическое, как результат действия факторов эволюции, когда сохраняются особи с полезными для их процветания признаками, что повышает шансы организмов на выживание. Термин «adjustment» в большей степени несет значение социального приспособления, в то время как «adaptation» биологического. Еще одним смысловым оттенком слова «adjustment» можно считать то, что оно в большей степени отражает процесс приспособления по отношению к частным ситуациям и требованиям, в то время как «adaptation» (adaptation) – к глобальным, эволюционным целям [55]. Представляется также целесообразным остановиться на неопределенности

в использовании терминов «расстройства адаптации» («розлади адаптації») [1], «адаптационные расстройства» [49] и «нарушения адаптации» (порушення адаптації) [56] в качестве полных синонимов. Этимологически слово «нарушение» и «расстройство» близки, но не идентичны. Полагаем, что только термины «расстройства адаптации» и «адаптационные расстройства» могут быть использованы как полные синонимы. В своем исследовании мы используем термин «адаптационные расстройства», ориентируясь на Руководство к МКБ-10 под редакцией Дж. Купера [49], рекомендованное Ассоциацией психиатров Украины.

1.1.3. Споры по вопросу валидности «адаптационное расстройство» как диагностической категории

Адаптационное расстройство всегда было спорной диагностической категорией [20, 21]; некоторые авторы описывали его как диагноз «мусорной корзины», который «используют исходя из таких расплывчатых и всеохватных критериев, что он становится бесполезным» [57], другие характеризовали как «загадочную форму нозологической сущности» или отмечали его «неустойчивость» [58]. Известно мнение И.В. Линского с соавт. [59] о том, что термин «расстройство адаптации»... «строго говоря, не соответствует в полной мере критериям ни одной из рубрик раздела F43 Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) «Реакции на тяжелый стресс и адаптационные расстройства» и не является медицинским диагнозом, а только специфической дефиницией для оценки степени выраженности посттравматических реакций». Однако исследования содержательной валидности показывают, что пациенты с расстройствами адаптации отличаются от лиц без психиатрического диагноза или с диагнозом аффективных

расстройств по многим параметрам, включая различия в природе психотравмирующего воздействия по сравнению с другими аффективными расстройствами [60, 61].

Отмечены также различия в индивидуальной предрасположенности или уязвимости, как в плане социальной изоляции [60], так и в отношении расстройств личности [62], причем в случаях расстройства адаптации выраженность расстройств личности была гораздо меньшей, чем у пациентов с большим депрессивным расстройством или с дистимией. Доказательства конструктивной валидности получены при исследованиях, в ходе которых расстройства адаптации сравнивались с большим депрессивным расстройством и с дистимией по результатам измерения качества жизни амбулаторных пациентов с соответствующими диагнозами. Прогностическая валидность диагноза адаптационного расстройства подтверждена также на выборке взрослых пациентов стационара [63], из которых 79% чувствовали себя хорошо через пять лет после первой госпитализации. У лиц с адаптационными расстройствами большинство симптомов быстро редуцировались [60, 61], хроническое течение отмечалось менее чем в 17% случаев [58, 64]. Несмотря на кажущуюся убедительность вышеприведенной аргументации в спорах о валидности, А. Maercker, С. Brewin, R. Bryant, et al. [65], входящие в рабочую группу по подготовке диагностических критериев новой редакции МКБ (МКБ-11), полагают что расстройство адаптации по-прежнему является «плохо описанной областью психопатологии, в которой клиническими проявлениями могут быть разнообразные симптомы при относительном отсутствии разграничительных признаков». Эта категория продолжает рассматриваться как «состоящая из группы подпороговых расстройств, связанных с провоцирующим событием или ситуацией». Расстройство адаптации в основном используется в качестве остаточной категории для пациентов,

которые не отвечают диагностическим критериям депрессивных или тревожных расстройств, или в качестве временного диагноза, когда не ясно, возникнет или нет у пациента посттравматическое расстройство или расстройство настроения [21, 30]. Предложение, которое А. Maercker, С. Brewin, R. Bryant, et al. готовят для МКБ-11 сфокусировано на том, что «расстройство адаптации является реакцией недостаточной адаптации на идентифицируемый психосоциальный стрессор или изменение образа жизни». Оно характеризуется озабоченностью стрессом и неспособностью адаптироваться, что проявляется целым рядом симптомов, мешающих повседневному функционированию, таких как трудности концентрации или нарушения сна. Симптомы тревоги или депрессии, проблемы контроля над побуждениями также часто присутствует. Симптомы появляются в течение месяца с момента появления стрессора (ов) и имеют тенденцию к разрешению примерно в течение 6 месяцев кроме случаев, когда стрессор сохраняется более длительное время. Расстройство вызывает существенные страдания и нарушения социального или профессионального функционирования [66]. Таким образом, в новой редакции МКБ-11 расстройство адаптации рассматривается «как единый континуум с нормальными реакциями адаптации, но отличается от «нормы» интенсивностью и возникающими нарушениями». В отличие от ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), здесь тяжесть стрессора не рассматривается при диагностике. Тем не менее, расстройства адаптации могут быть следствием стресса экстремальной силы, когда симптомы не соответствуют всем критериям ПТСР. Авторы отмечают, что «отсутствуют доказательства валидности или клинической утилитарности подтипов расстройства адаптации, описанных в МКБ-10, в связи с этим они удалены из МКБ-11. Такие подтипы могут вводить в заблуждение за счет уделения особого внимания доминирующему содержанию дистресса, заслоняя

тем самым лежащую в основе общность данных расстройств. Подтипы не имеют отношения к выбору лечения и не связаны с конкретным прогнозом (см. также [30]). Характерной особенностью является часто смесь эмоциональных и поведенческих симптомов [21]. Хотя могут преобладать симптомы или интернализации, или экстернализации, они часто сосуществуют. Обобщая планируемые нововведения в МКБ-11 относительно диагностической категории «расстройства адаптации», отметим, прежде всего, изменение названия для группы расстройств, вызванных стрессом. В МКБ-10 существует рубрика F43 «Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации», относящаяся к разделу F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Рабочая группа рекомендует избегать широко применяемый, но вносящий путаницу, термин «расстройства, связанные со стрессом», в связи с тем, что многочисленные расстройства могут быть связаны со стрессом (например, депрессия, расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ и пр.), но большая часть из них могут также возникать и при отсутствии стрессовых или травматических жизненных событий. В данном же случае, речь идет только о расстройствах, стресс для которых является обязательной и специфичной причиной их развития. Попыткой подчеркнуть этот момент в проекте МКБ-11 стало введение термина «disorders specifically associated with stress», который, вероятно, наиболее точно можно перевести на русский язык, как «расстройства, непосредственно связанные со стрессом» [67]. Такое название планируется дать разделу, куда будут помещены рассматриваемые ниже расстройства и в частности, расстройства адаптации. Предложения рабочей группы, касающиеся отдельных расстройств, предполагает существенный пересмотр диагностики «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов. В новой редакции МКБ-11 «Расстройство адаптации» (F43.2 по МКБ-10) предлагается

квалифицировать как «реакцию недостаточной адаптации на стрессовое событие, на продолжающиеся психосоциальные трудности или на комбинацию стрессовых жизненных ситуаций, которая, как правило, возникает в течение месяца после воздействия стрессора и имеет тенденцию к разрешению в течение 6 месяцев, если стрессовый фактор не сохраняется на более длительный срок. Реакция на стрессор характеризуется симптомами озабоченности проблемой, такими как чрезмерное беспокойство, рецидивирующие и мучительные мысли о стрессоре или постоянное размышление о его последствиях. Присутствует неспособность адаптироваться, т.е. симптомы мешают повседневному функционированию, возникают трудности с концентрацией внимания или нарушения сна, приводящие к нарушению работоспособности. Симптомы также могут быть связаны с потерей интереса к работе, общественной жизни, заботе о других, проведению досуга, приводящему к нарушению в социальном или профессиональном функционировании (ограничение круга общения, конфликты в семье, прогулы на работе и т.д.). Если критерии диагностики подходят для другого расстройства, то это расстройство следует диагностировать вместо расстройства адаптации» [67]. Несмотря на ожидаемый эффект от планируемого уточнения границ и содержания диагностической категории «расстройство адаптации» в новой редакции МКБ-11, которую планируют принять в 2015 году, отметим, что подходы к диагностике адаптационных расстройств прогнозируемо останутся предметом серьезных споров в силу неспецифичности многих клинических проявлений, трудностей с разграничением болезненных состояний с нормальными реакциями на стрессовые события, наличием значимых культуральных особенностей в реагировании на стресс и пр.

1.1.4. Эпидемиология адаптационных расстройств

Распространенность АР в популяции составляет от 1,1–2,6 до 250–300 случаев на 1000 населения [68].

Частота выявления АР у пациентов разных возрастных категорий, профессиональных и гендерных групп существенно варьирует: от 1% до 24% [4, 20, 21, 22, 26, 27], 5–20% [1, 30], 2–8% [25]. В некоторых контингентах частоты выявления расстройств адаптации еще выше. Так, в контингенте лиц с невротическими расстройствами, АР выявляются в 28,1% случаев [19], среди лиц, совершивших парасуицид – в 26,5% случаев [69], в контингенте военнослужащих, получивших механическую травму – в 77,2% случаев [70]. Большой разброс результатов эпидемиологических исследований объясняется полиморфным характером данной нозографической категории [6], сложностями диагностики АР [10, 28], спецификой контингентов, в которых проводилось исследование АР [5, 6, 18], различием диагностических критериев АР [29], недостаточной определенностью самого понятия АР [30, 31]. Обобщая приведенные эпидемиологические данные, можно заключить, что современные подходы к изучению распространенности расстройств адаптации и полученные на их основе результаты разнятся между собой. Это связано, прежде всего, с различными применяемыми в исследованиях диагностическими системами (DSM и ICD), а также с тем, что, наиболее важные показатели эпидемиологии психических расстройств – болезненность (prevalence) и заболеваемость (incidence) представителями разных психиатрических школ трактуются и понимаются различно. Отмеченные тенденции отражают общую проблему сопоставимости эпидемиологических исследований распространенности психических расстройств [71].

1.1.5. Феноменология адаптационных расстройств

Клиническая гетерогенность АР закреплена в МКБ-10, которая в настоящее время является единственным легитимным диагностическим стандартом на территории Украины [72]. Симптомы расстройств адаптации могут варьировать по структуре и тяжести [1, 49, 73, 74]. В исследовательских диагностических критериях (ИДК-10) к тексту МКБ-10 сказано, что преобладающие характерные особенности симптоматики АР (F43.2) могут кодироваться с использованием пятого знака. Реализован этот посыл в диагностических рубриках: F43.20–F43.25 и F43.28 [49]. Отдельные попытки систематизации АР построением клинических классификаций и выделением различных вариантов были предприняты при изучении отдельных социальных групп: студентов, военнослужащих, мигрантов, одиноких пожилых лиц [3, 5, 13, 18, 26, 75]. В настоящее время наиболее удачным группированием АР является клиническая типология, предложенная П.В. Волошиным с соавт. [1, 73]. Типология предполагает выделение 2-х основных клинических вариантов АР: аффективного и поведенческого. В свою очередь, в варианте с преобладанием в клинической картине расстройств адаптации аффективных нарушений авторы выделяют три подварианта: депрессивный, тревожный и смешанный.

Депрессивный подвариант соответствует диагностическим критериям пролонгированной депрессивной реакции – F43.21, тревожный подвариант – критериям рубрики F43.23 («Адаптационное расстройство с преобладанием нарушения других эмоций»), а смешанный подвариант (тревожно-депрессивный) – критериям рубрики F43.22 («Смешанная тревожно-депрессивная реакция»). Поведенческий вариант расстройства адаптации

соответствует «расстройству адаптации с преобладанием нарушений поведения» (F43.24). Описанное клиническое группирование расстройств адаптации поддерживается Д.М. Болотовым [74].

Клинико-динамические аспекты АР изучены недостаточно [1, 6, 75]. Известно мнение о том, что термин «течение» не всегда применим к этой разнородной и полиморфной нозографической категории [6]. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 [49], продолжительность расстройств адаптации может колебаться от нескольких месяцев до двух лет. При этом критерий максимальной продолжительности этих состояний – 2 года – достаточно условен [6, 49]. В феноменологическом отношении АР, как нозографическая категория остается полиморфной и неопределенной. Ее границы размыты и охватывают целый спектр состояний от кратковременных стрессовых реакций до затяжных психогенных расстройств [4, 48, 64]. В этой связи определенный интерес представляют работа Н.А. Шифнер с соавт. [18], в которой описано несколько типов течения АР. Благоприятное течение характеризуется спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и выздоровлением в дальнейшем. При затяжном (протрагированном) типе течения выделяется два варианта:

- 1) по типу затяжных дезадаптационных реакций (от 6-и месяцев до 2-х лет);

- 2) по типу повторяющихся клишированных реакций, возникающих после периода относительной нормализации состояния. При неблагоприятном типе течения происходит углубление психической симптоматики с развитием других психических расстройств: дистимий, депрессивных эпизодов эндогенной или эндореактивной структуры, нозофобических расстройств с формированием ипохондрической направленности личности.

П.В. Волошин с соавт. [1; 73] предлагают иное группирование типов

течения АР: прогрессирующее, рецидивирующее и регрессионное. Первый тип характеризуется прогрессирующим утяжелением и усложнением клинической симптоматики с дальнейшей трансформацией в другие нозологические формы (согласно МКБ-10 – депрессивные эпизоды, тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, расстройства личности). Клиническая картина при данном типе течения изменяется как содержательно, так и по интенсивности проявления её симптомов. Доминирующей характеристикой рецидивирующего типа течения АР является наличие волнообразных колебаний клинической симптоматики [1, 73]. Ремиссии, которые характеризуются практически полным отсутствием признаков АР, могут быть различными по продолжительности, как и продолжительность рецидивов. Клиническая симптоматика в виде аффективных и поведенческих нарушений, составляющая содержание рецидива никогда по своей интенсивности не превышает первичные проявления АР. Допускается, что определенные признаки дезадаптивного поведения могут сохраняться во время так называемой ремиссии [1, 73]. Возникновение частых рецидивов авторы расценивают как «фактор риска перехода рецидивирующего типа течения АР в прогрессирующий, с дальнейшей трансформацией в иные нозологические формы» [1, 73]. Особенностью регрессионного типа течения АР является выраженная редукция основной клинической симптоматики (аффективных нарушений, тревожных проявлений и пр.) с одновременным улучшением качества межличностного, профессионально и социального функционирования [1, 73].

Политипия течения и вариативность исходов АР может быть объяснена спецификой изучаемых контингентов, в котором проводилось их изучение, но также и дефектами первичной диагностики. В обзоре О.С. Антиповой [6] прямо говорится о том, что «в ряде случаев речь идет не о трансформации

расстройств адаптации в более глубокие психические нарушения, а об ошибочной первоначальной диагностике» (см. также [4; 64]). К примеру, субдепрессивные эпизоды, в развитии которых психогении играют триггерную или патопластическую роль, могут на начальных этапах ошибочно диагностироваться как психогенная депрессивная реакция и, таким образом, относиться к категории «расстройства адаптации» [64]. При этом на ранних этапах провести адекватную дифференциальную диагностику не всегда возможно. Диагноз депрессивного эпизода становится ясен только после длительного динамического наблюдения за пациентом, когда в клинической картине начинает нарастать тяжесть собственно аффективной симптоматики с эндогенноморфными чертами [6]. Существуют и другие варианты неблагоприятных исходов расстройств адаптации. Следует упомянуть высокий суицидальный риск, а также развитие парасуицидальных и аутодеструктивных форм поведения [13, 14, 69]. Не менее значимой проблемой является формирование вторичных химических и нехимических аддикций при затяжных вариантах адаптационных расстройств [76].

1.1.6. Коморбидность адаптационных расстройств

Частота встречаемости АР в первичном звене и общей медицинской практике превышает общепопуляционные значения и достигает 48–52% [75]. АР, коморбидные соматическому заболеванию, значительно усложняют его клиническую картину, затрудняют диагностику и способствуют формированию рефрактерных и интолерантных к стандартной терапии форм. Это приводит к ухудшению прогноза, росту частоты рецидивов и хронизации соматического заболевания [6, 75]. Согласно статистическим данным DSM-IV, АР являются основным диагнозом для 5–20% пациентов, которые получают амбулаторное

психиатрическое лечение [30]. В 4,2% случаев АР сочетаются с расстройствами личности или органическими психическими нарушениями [30]. Проведенный анализ коморбидности аутоагрессивного поведения и психопатологических расстройств среди суицидентов, выявил, что чаще всего в группе в целом (при суицидальном, парасуицидальном и псевдосуицидальном типах аутоагрессивного поведения) диагностировались транзиторные реактивные состояния (61,71% случаев), относившиеся к различным видам АР и не превышающие по длительности одного года [77]. Проведенный анализ литературных источников позволяет утверждать, что АР могут, как предшествовать иным психическим и поведенческим расстройствам, так и протекать одновременно с ними [6, 30, 75, 77]. Отметим также дефицит исследований, посвященных вопросам коморбидности и коморбоза при АР, в частности, отсутствие работ посвященных изучению характеристик аддиктивного поведения при АР.

1.2. Психотерапия как базовый, патогенетически ориентированный компонент терапии адаптационных расстройств. Направленность, формат и технический спектр психотерапевтических интервенций. Мишени психотерапии

Необходимость назначения своевременного и адекватного лечения при АР связано с тем, что пациенты с этими расстройствами традиционно считаются наиболее подверженными риску суицида среди всех больных невротическими расстройствами [1, 78]. Н.Д. Лакосина и М.М. Трунова (1994 г.) указывают на другой аспект проблемы терапии указанных нарушений, акцентируя внимание на тенденции реактивных состояний к затяжному течению с дальнейшей динамикой по типу невротического

развития [79]. Переходя к обсуждению подходов к терапии расстройств адаптации, выделим основные обсуждаемые в литературе принципы её реализации. На сегодняшний день достигнуто единство взглядов на то, что лечение пациентов с АР должно быть поэтапным, комплексным и дифференцированным в зависимости от преобладающих клинических проявлений [1, 7, 73, 74, 80]. Базовым, патогенетически-ориентированным компонентом провозглашена психотерапия, поскольку психогении играют ведущую роль в развитии этих расстройств [1, 73, 74, 80, 81]. Отмеченная общность взглядов на принципы проведения терапии у пациентов с АР является единственной согласованной позицией. По частным вопросам терапии отмечены существенные разногласия. Так, например, отсутствует единство мнений о направленности психотерапии при расстройствах адаптации. По мнению О.С. Антиповой [6], психотерапия должна быть направлена на катартическое отреагирование негативных эмоций и повышение степени осознания внутриличностных конфликтов, препятствующих адаптации к сложившейся ситуации. Необходимым этапом работы является изменение отношения пациента к психотравмирующей (стрессовой) ситуации и принятие ее как части жизненного опыта. Важна переоценка собственной роли в психотравмирующей ситуации, принятие на себя определенной доли ответственности с формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств. Это необходимо для реконструкции всей системы отношений личности с изменением иерархии ее ценностно-смысловых ориентаций. В ходе психотерапевтической работы появляется возможность расширения навыков проблемно-разрешающего поведения пациента с дальнейшей реализацией их в жизни, повышается его способность к ассимиляции и регулированию негативных эмоций, вырабатываются новые стратегии поведения в стрессовой ситуации,

повышается стрессоустойчивость. По мнению П.В. Волошина с соавт. [1, 73], психотерапия должна быть направлена на устранение когнитивных ошибок и улучшение эмоционального состояния пациента с АР, на моделирование поведения и коррекцию вегетативных нарушений. По мнению С.А. Игумнова, В.А. Жебентяева [80], психотерапия должна быть направлена на восстановление психической адаптации личности. С одной стороны, врачу или психологу необходимо помочь пациенту переработать психологические последствия стрессового события, которое из-за его личностной уязвимости явилось психической травмой. Это включает исследование значение стрессора для пациента, обеспечение поддержки, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы, проявления сочувствия. Авторы также полагают, что пациенту важно помочь в развитии психологических навыков, способствующих устранению вышеуказанных симптомов АР. С другой стороны, существенное место в психотерапии должно занимать устранение личностной уязвимости для того, чтобы пациент стал способен справляться с другими критическими, изменяющими жизнь событиями в последующем здоровыми способами, без развития расстройств адаптации.

Формат и технический спектр психотерапевтических интервенций при расстройствах адаптации также описаны противоречиво. В обзоре О.С. Антиповой [6] можно найти указания на то, что психотерапия при АР проводится в индивидуальном, семейном или групповом формате. В основном используются техники когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического направления. Возможно применение различных вариантов гипнотерапии, арт-терапии, личностно-ориентированной (реконструктивной) и семейной системной психотерапии [6]. Технический спектр психотерапии при АР, по мнению С.А. Игумнова, В.А. Жебентяева [80], включает «методы психообразования,

поддерживающей, интерперсональной, когнитивной, экзистенциальной, краткосрочной психодинамической, интегративной и мультимодальной психотерапии». В публикации П.В. Волошина с соавт. [1] спектр психотерапевтического вмешательства при АР наиболее конкретизирован. В разработанном авторами психокоррекционно-психотерапевтическом комплексе выделены обязательные терапевтические блоки с акцентированными техниками:

а) для устранения когнитивных ошибок и улучшения эмоционального состояния применяется когнитивная терапия Бека;

б) техники, которые моделируют поведение, направленные преимущественно на коррекцию поведенческих расстройств;

в) вегетативные нарушения корригируются с помощью техники прогрессивной мышечной релаксации.

Достоинством предложенного комплекса являются: подбор методик, тропных к звеньям патокинеза адаптационного расстройства, ориентированных на достижение композитного, синергичного психотерапевтического эффекта, а также реализация алгоритма, реально учитывающего клинический вариант и подварианты АР.

Несмотря на то, что в литературе отмечены различные модели интеграции психотерапевтических методов в систему оказания медицинской помощи при невротических расстройствах, и в частности при АР [74, 80], это не обеспечивает полноценной реализации терапевтических возможностей, т.к. в каждом методе содержится различное понимание психологических механизмов невротических расстройств, целей и мишеней проводимой психотерапии [82]. В связи с этим, актуализируется потребность в разработке алгоритма для определения целей, задач и стратегий психотерапии в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, создающей условия для единообразного

понимания интегрируемых методов из различных психотерапевтических течений и направлений. Примером реализации обозначенного подхода, является предложенный Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83] алгоритм использования типологии мишеней психотерапии для повышения качества проводимой психотерапии у больных с невротическими расстройствами, позволяющий систематическим образом оптимизировать элементы индивидуальной психотерапевтической программы, что в свою очередь, позволяет повысить качество психотерапевтического лечения больных данной нозоспецифической группы.

В рамках предложенного алгоритма дана дефиниция термина «психотерапевтическая мишень» («проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия») и проведено группирование психотерапевтических мишеней для больных с невротическими расстройствами, относящимися к одной с АР диагностической (по критериям МКБ-10) группе: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)» [82, 83]. Типология психотерапевтических мишеней выглядит следующим образом:

1-я группа. Нозоспецифические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики).

2-я группа. Мишени, специфичные для личности пациента.

3-я группа. Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.

4-я группа. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.

5-я группа. Мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

Предложенный алгоритм форматного (через систему мишеней)

представления психотерапевтического процесса в супервизионных процедурах, исследовательских проектах, а также при планировании лечебного психотерапевтического взаимодействия (например, при утверждении и согласовании индивидуальной психотерапевтической программы) предполагает осуществление следующих шагов:

1. Инвентаризация в когнитивно-мотивационных схемах психотерапевта и пациента феноменов, изменение которых является осознаваемой целью лечебного взаимодействия (мишеней психотерапии).

2. Типологизация инвентаризованных мишеней по 5-ти группам.

3. Оценка внутренних противоречий в когнитивно-мотивационных схемах участников взаимодействия, в том числе, и между врачом и пациентом.

4. Оценка представленности всех 5-групп мишеней.

5. Выработка рекомендаций.

Из представленной типологии психотерапевтических мишеней, следует, что доказательная идентификация 2-й группы мишеней возможна исключительно средствами медицинской психологии. Феномены данной группы мишеней не специфичны для нозологии и не относятся напрямую к существованию симптома. Они связаны с феноменом человеческой личности. Ориентировочный список мишеней 2-й группы приведен в авторском глоссарии психотерапевтических мишеней при лечении невротических расстройств [82]: индивидуально значимые, психотравмирующие переживания, в условиях актуальной жизни; проблемы самооценки (низкая, крайне неустойчивая и поляризованная самооценка); низкая способность к рефлексии и заботе о себе; отсутствие чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности; нарушение функции внутреннего контроля (в эмоциональной, когнитивной и волевой сферах); низкая способность к рефлексии; отсутствие интериоризированных

социальных норм; неадекватные стереотипы представлений и пр. – всего 25 мишеней (при открытом списке). В настоящее время предложенный Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83] алгоритм форматного (через систему мишеней) представления психотерапевтического процесса плодотворно реализуется не только относительно группы больных с невротическими расстройствами. В целом ряде публикаций (см. например, [84–86]) показано, что с целью структурирования и повышения эффективности психокоррекционной работы в рамках реабилитационной программы необходимо опираться на систему индивидуальных психокоррекционных мишеней [84], и что структурирование мишеней позволяет обосновывать выбор определенных психокоррекционных инструментов и определить индивидуальный реабилитационный маршрут конкретного пациента [85]. Наряду с этим, отмечается, что в настоящее время «мишени» психокоррекции в нозогруппе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)» определяются «на глаз», без использования психологических тестов [86].

В целом, вопросы терапии такой полиморфной в клиническом отношении группы, как АР, далеки от своего разрешения. Отмечен дефицит системных клинических исследований, направленных на разработку эффективных и безопасных стратегий терапии с учетом полиморфии АР и своеобразия их проявления в различных возрастных, гендерных и профессиональных группах. Общими проблемными вопросами терапии АР являются вопросы направленности, формата и технического спектра психотерапевтических интервенций. Недостаточно проработаны вопросы о психотерапевтических мишенях при АР в контингенте увольняемых в ходе реформирования армии военнослужащих [1, 6, 73, 87, 88, 89, 90].

1.3. Адаптационные расстройства у военнослужащих

Сведения о распространенности, структуре, клинике, динамике и исходах АР в условиях военной службы, равно как и после её завершения, являются отрывочными, несистематизированными, и основаны, как правило, на кросс-секциональном подходе [3, 22, 90–94]. Даже первый этап изучения АР у военнослужащих представляется далеким от завершения хотя бы с точки зрения их статической характеристики. Определенное представление о распространенности адаптационных расстройств можно составить исключительно по отдельным публикациям отечественных и зарубежных авторов, в которых отражены данные, полученные в ходе изучения различных воинских контингентов как в отдельных округах (флотах), так и видах (родах) Вооруженных Сил. Общим для изученных публикаций является значительный разброс показателей заболеваемости по этой таксономической единице в зависимости от вида ВС, обследованного контингента, страны и периода изучения. Данные о патоморфозе расстройств адаптации у военнослужащих редки [36, 91] и противоречивы. Все выше отмеченное, отражает общую для невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств тенденцию, установленную еще Е.К. Gunderson et al. [94].

Несение военной службы связано с многофакторными стрессовыми воздействиями, которые имеют тенденцию накапливаться и нарастать, что может приводить к изменению поведения или личности, развитию различных пограничных психических расстройств [95]. Военная служба связана с проживанием в сообществе с иерархической и дисциплинарной структурой, утомительными тренировками и определенной степенью отгороженности от остального общества, постоянными сменой окружения, занятости и места

проживания, часто в некомфортных условиях. Участие в военных операциях сопряжено с ограничением личной свободы и возможностей самостоятельного принятия решений [95]. Военнослужащие подвергаются интенсивному воздействию разнообразных стрессовых факторов и имеют регулярную повышенную физическую нагрузку [95].

Анализ зарубежных и отечественных источников позволил установить, что эпидемиологические характеристики АР в ВС наиболее полно изучены в контингентах военнослужащих по призыву и по контракту. Из публикации А.А. Марченко [90], следует, что доля невротических нарушений в общей структуре заболеваемости психической патологией составила в ВС Российской Федерации у военнослужащих по призыву 30,4%; по контракту – 35,2%. В структуре невротических расстройств у военнослужащих по призыву доминировали нарушения адаптации, составившие 96,1% от всех неврозов. При этом, наиболее часто устанавливаемыми диагнозами являлись: кратковременная депрессивная реакция вследствие расстройства адаптации (35,6%), смешанная тревожная и депрессивная реакция (18,5%) и смешанное расстройство эмоций и поведения (12,0%). Остальные таксономические единицы встречались лишь казуистически (F44 – 1,4%; F45 – 1,6%; F48 – 0,4%). Основные статистические характеристики психических расстройств у военнослужащих по контракту в целом повторяли тенденции, отмеченные для контингента, проходящего службу по призыву. В структуре невротических нарушений у контрактников доминировали АР, суммарно составившие 46,0%. Вместе с тем, достаточно часто диагностировались неврастения (14,8%), посттравматическое стрессовое расстройство (10,3%) и генерализованное тревожное расстройство (8,0%). Реже всего встречались диссоциативные нарушения (1,1%), синдром деперсонализации (1,1%) и агорафобия (2,3%).

Обобщая данные автора [90], отметим, что расстройства адаптации имеют значительное распространение среди военнослужащих Российской Федерации; доминируют в структуре невротических расстройств и составляют 96,1% от всех неврозов у военнослужащих по призыву и 46,0% у военнослужащих-контрактников.

По данным С.W. Hoge et al. [96], в ВС Соединенных Штатов Америки нарушения адаптации отмечаются в 40% и еще в 22% – тревожные и аффективные расстройства. Отмеченные тенденции [90, 96] характерны и для ряда других зарубежных армий [90]. Вместе с тем, в вооруженных силах стран, не участвующих в военных конфликтах, например, в австралийской армии, частота неврозов составляет 95,4% [97]. Подобная разница эпидемиологических данных, вероятно, может объясняться не только отличающимися подходами к диагностике расстройств адаптации и невротических расстройств в целом, но и различными уровнями психопрофилактической работы на разных этапах, включая первичный отбор кандидатов на военную службу [90]. Очевидно, что и характер учебно-боевой деятельности оказывает существенное влияние на распространенность АР.

Косвенное представление о распространенности АР среди военнослужащих дает анализ увольняемости из армии. Например, по данным М. Сreater и соавт. [98], около 70% лиц с расстройствами адаптации и 68% с тревожными расстройствами демобилизуется из ВС, при этом после первой госпитализации – около 45%. В ВС Великобритании эта цифра достигает 78% [99]. В целом, в большинстве иностранных армий психические, и в первую очередь, невротические нарушения являются ведущей причиной досрочного увольнения из армии [98].

При анализе заболеваемости психическими расстройствами среди

военнослужащих срочной службы (открытые данные клиники психиатрии Главного военного клинического госпиталя Министерства Обороны Украины) было выявлено, что в структуре психической патологии доминировали невротические расстройства, которые составляли до 63,4% [92]. Также было показано, что специфическим для военной службы и наиболее частым проявлением невротических расстройств в современных условиях являются ситуационно-обусловленные реакции психической дезадаптации [92]. Указанные реакции по своей структуре и психопатологической симптоматике проявлялись отдельными, нестабильными, фрагментарными, малодифференцированными, недостаточно очерченными клиническими симптомами, носящими кратковременный характер. Наблюдалась повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная напряжённость и лабильность, аффективные расстройства, нарушения ночного сна, головная боль, вегетативные дисфункции. Указанные нарушения имели свою динамику и формировались в тесной связи с вызвавшими их стрессогенными факторами, купировались за короткий промежуток времени. Ситуационно-обусловленные реакции психической дезадаптации (т.е. расстройства адаптации по критериям МКБ-10) составляли до 70% общей численности военнослужащих с невротическими проявлениями [92]. Еще более высокий процент расстройств адаптации был установлен в контингентах физически травмированных военнослужащих. Так, в исследовании Г.В. Иванцовой [70] показано, у военнослужащих, получивших во время службы в армии механическую травму, расстройства адаптации (F43.2) были выявлены в 77,2% случаев. Структурно АР в указанной выборке распределялись следующим образом: кратковременная депрессивная реакция (F43.20) была установлена у 15,8% больных, пролонгированная депрессивная реакция

(F43.21) – у 9,9% пациентов, смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22) определялась у 26,8% пациентов, смешанное расстройство эмоций и поведения (F43.25) было выявлено у 24,8% больных. Т.е. в клинической структуре преобладали АР в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22) и смешанного расстройства эмоций и поведения (F43.28).

Обобщая данные изучения АР у военнослужащих, возникающих во время прохождения воинской службы [3, 22, 70, 90–93, 95, 97, 98–104] можно отметить: немногочисленность публикаций, посвященных данной проблематике, нерешенность ряда вопросов прикладного и теоретического характера, в числе которых – отсутствие единства взглядов на характерные причины низкой адаптации военнослужащих по призыву; противоречивость представлений о факторах, снижающих и затрудняющих успешность адаптации к воинской службе, изменчивость самих этих факторов; причины вариативности клинической структуры адаптационных расстройств в контингентах военнослужащих по призыву и по контракту. Отметим также отсутствие теоретического обобщения проблемы адаптации военнослужащих во время прохождения службы в армии.

Анализ литературы позволил установить малочисленность публикаций по проблеме АР у военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил [93, 105–110]. Определенное впечатление о распространенности и структуре АР в указанном контингенте можно получить из публикации А.В. Остапенко [93]. В ходе оценивания психического здоровья по унифицированным критериям (МКБ-10) участников локальных войн (комбатантов) (средний возраст $35,49 \pm 1,1$ лет) ($n = 90$), наличие АР (F43.2) было установлено автором у 28,8% испытуемых. Расстройство адаптации в форме тревожного состояния выявлено у 11,1% испытуемых, расстройство адаптации в форме тревожно-депрессивного

состояния было установлено у 13,3% испытуемых. Показано, что АР в форме тревожного состояния (F43.23) преобладало в группе комбатантов, которые после увольнения из армии продолжили служить в силовых ведомствах, а расстройство адаптации в форме тревожно-депрессивного состояния (F43.22) преобладало в группе комбатантов, которые после участия в локальных войнах были уволены в запас, и в последствии трудоустроились по различным невоенным профессиям [93]. Вопросы, посвященные научно-теоретическим подходам к изучению адаптационных расстройств у военнослужащих частично отражены в публикации О.В. Шелестовой [110]. Обобщая данные изучения АР у военнослужащих, уволенных из рядов ВС, можно отметить: немногочисленность публикаций, посвященных данной проблематике; доминирование исследований, посвященных АР в контингентах бывших военнослужащих-комбатантов [93, 106]; единичность публикаций, посвященных теоретическим аспектам адаптационных расстройств у военнослужащих [110]; отсутствие исследований, посвященных клинико-психологическим аспектам расстройств адаптации у военнослужащих, уволенных из ВС Украины в связи с реформированием армии, в частности, не принимавших участие в боевых действиях в период службы.

1.4. Обобщения к разделу 1

Проведенный аналитический обзор источников научно-медицинской информации по теме диссертационного исследования, позволил установить следующее:

-Высокая распространенность, серьезные медицинские и социальные последствия адаптационных расстройств, свидетельствуют о том, что они

является актуальной проблемой современной медицины и медицинской психологии.

-В Международной классификации болезней (МКБ-10), к расстройствам адаптации (F43.2) относятся нарушения психики, возникающие непосредственно после психоэмоциональных стрессов, не достигающих чрезвычайного размаха. Возникновение расстройства адаптации в значительной степени обуславливается преморбидными особенностями личности, фоновым состоянием и реактивностью организма, а также ситуационными обстоятельствами. Поэтому клиническое оформление расстройств адаптации оказывается более разнообразным и по МКБ-10 идентифицируется в дифференцированные подтипы, как по длительности, так и по структуре.

-Большая часть исследований, посвященных расстройствам адаптации имеют клинико-описательную направленность. Преимущественно рассматриваются причинные факторы АР, клинический полиморфизм АР, частные вопросы медикаментозного лечения и психотерапии АР. Большинство известных исследований АР выполнено в контингентах гражданского населения и военнослужащих действующей армии. Единичные работы посвящены вопросам расстройств адаптации у военнослужащих, уволенных из рядов ВС; отсутствуют исследования расстройств адаптации у военнослужащих, уволенных из рядов ВС в связи с реформированием армии.

-Отмечено значительное расхождение приведенных в литературе величин распространения расстройств адаптации в общей популяции, что связано с использованием не унифицированных клинико-эпидемиологических методов исследования, сложностями диагностики указанных расстройств, различием диагностических критериев, недостаточной определенностью самих

понятий «адаптация», «стресс». Сведения о распространенности, структуре, клинике, динамике и исходах адаптационных расстройств в условиях военной службы, равно как и после её завершения, являются отрывочными, несистематизированными, и основаны, как правило, на кросс-секциональном подходе.

-Установлено, что формат и технический спектр психотерапии при АР описан противоречиво. Общими проблемными вопросами терапии расстройств адаптации являются: вопросы продолжительности психотерапии и фармакотерапии, их соотношения при разных типах, вариантах и подвариантах АР; отсутствие доказательно выделенных психотерапевтических мишеней АР нозоспецифического уровня, личностного уровня, а также отражающих различную клиническую ситуацию в разных профессиональных и гендерных группах, что обуславливает недостаточность терапевтических мер.

-Отмечен общий недостаток знаний об индивидуально-психологических особенностях военнослужащих с адаптационными расстройствами, повышающих уязвимость их личности к действию психосоциальных стрессоров при переходе из одной социально-профессиональной среды в другую в процессе непланируемого, вынужденного увольнения из армии; не выделены психотерапевтические мишени индивидуально-психологического уровня, что делает превенцию и терапевтические меры в указанном контингенте недостаточными.

-Отсутствуют целенаправленные исследования об изменении аддиктивного поведения у военнослужащих, уволенных из рядов ВС в связи с реформированием армии, что затрудняет прогноз в отношении развития у них коморбидных расстройств аддиктивного спектра. Отсутствие исследований данной направленности резко контрастирует с общеизвестной

распространенностью сосуществования стрессогенных и аддиктивных расстройств, и может быть объяснено лишь догматически укоренившимся в военной психиатрии и психологии правилом «иерархического исключения», не позволяющим формировать организационные подходы к профилактике коморбидных расстройств в ВС.

РАЗДЕЛ 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных

Всего было обследовано 129 военнослужащих мужского пола, уволенных из Вооруженных Сил Украины (ВСУ) в связи с реформированием армии, с признаками адаптационных расстройств и без таковых.

Основную группу составили 99 бывших военнослужащих мужского пола с признаками АР (F43.2. – по МКБ-10 [49]). Картина АР представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), но не отвечающих полностью ни одному из них. Указанные симптомы проявились в течение месяца после увольнения из рядов ВСУ.

Общим в анамнезе для лиц с АР был пережитый психосоциальный стресс – непланируемое увольнение из армии, переживаемое как психотравмирующее жизненное событие. Никто из обследованных не имел опыта боевых действий.

В основной группе было выделено две подгруппы.

Первую подгруппу составили 46 (46,46%) пациентов с поведенческим вариантом АР (ПВ АР), вторую подгруппу образовали 53 (53,54%) пациента с аффективным вариантом АР (АВ АР). Группирование было произведено в соответствии с рекомендациями П.В. Волошина с соавт. [1].

Контрольную группу образовали 30 военнослужащих мужского пола, уволенных из ВСУ, не проявивших признаков АР после увольнения, и не имевших признаков АР на момент обследования.

Средний возраст пациентов с АР – $38,50 \pm 2,02$ лет, испытуемых без

признаков АР – $38,40 \pm 1,06$ лет.

Клинический диагноз во всех случаях устанавливал врач-психиатр. Исследование проводилось в период с 2010 по 2013 год на клинической базе кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина в Военно-медицинском клиническом центре северного региона.

Результаты группирования отражены в табл. 2.1.

Таблица 2.1.

Группы и подгруппы сравнения в настоящем исследовании, %

Группы сравнения	Кодировка группы	Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
Основная группа: пациенты с адаптационными расстройствами	АР	99	100,00
1-я подгруппа основной группы: пациенты с поведенческим вариантом адаптационного расстройства	ПВ АР	46	46,46 ¹
2-я подгруппа основной группы: пациенты с аффективным вариантом адаптационного расстройства	АВ АР	53	53,54 ²
Контрольная группа: испытуемые без адаптационных расстройств	КГ	30	100,00

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$.

Распределение вариантов АР у пациентов основной группы относительно шифров МКБ-10 отражено в табл. 2.2. Средняя продолжительность АР в основной группе не превышала 6 месяцев ($4,27 \pm 2,8$ месяцев). Средняя продолжительность АР составила: в подгруппе военнослужащих с ПВ АР $3,20 \pm 3,4$ месяца, в подгруппе военнослужащих с АВ АР – $5,33 \pm 2,8$ месяцев (табл. 2.3).

Таблица 2.2.

**Варианты адаптационного расстройства у пациентов основной группы,
соотнесенные с диагностическими шифрами МКБ-10, %**

№	Вариант АР/ Код по МКБ-10	Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
1	<i>Поведенческий вариант АР</i>	46	46,46 ¹
1.1.	С преобладанием нарушений поведения F43.24	46	
2	<i>Аффективный вариант АР</i>	53	53,54 ²
2.1.	Пролонгированная депрессивная реакция F43.21	30	30,30
2.2.	С преобладанием нарушения других эмоций F43.23	13	13,14
2.3	Смешанная тревожно-депрессивная реакция F43.22	10	10,10
Всего с АР		99	100,00

Примечание. Достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Таблица 2.3.

**Средняя продолжительность адаптационного расстройства у пациентов
основной группы, $M \pm m$**

Параметры	Основная группа, подгруппы, $n = 99$	
	1-я подгруппа, $n = 46$	2-я подгруппа, $n = 53$
Средняя продолжительность АР, месяц	$3,20 \pm 3,4^1$	$5,33 \pm 2,8^2$
	$4,27 \pm 2,8$	

Примечание: достоверность межгрупповых различий: $^{1-2} - p > 0,05$

Все обследованные являлись зрелыми мужчинами. Средний возраст пациентов основной группы – $38,50 \pm 2,02$ лет, испытуемых контрольной группы – $38,40 \pm 1,06$ лет (табл. 2.4.). Значимые различия по параметрам «пол» и «средний возраст» в группах и подгруппах сравнения отсутствовали ($p > 0,05$).

Таблица 2.4.

**Половозрастные характеристики военнослужащих в группах и подгруппах
сравнения, $M \pm m$**

Параметры	Группы, подгруппы сравнения		
	основная группа, $n = 99$		контрольная группа, $n = 30$
	1-я подгруппа, $n = 46$	2-я подгруппа, $n = 53$	
Средний возраст, лет	$38,10 \pm 2,02^3$	$38,90 \pm 2,02^4$	$38,40 \pm 1,06^2$
	$38,50 \pm 2,02^1$		
Пол	мужской	мужской	мужской

Примечание: достоверность межгрупповых различий $^{1-2}-p > 0,05$; $^{3-4}-p > 0,05$.

Большинство испытуемых контрольной группы (66,67%) имели высшее образование, тогда как большинство (65,66%) пациентов основной группы имели средне-специальное образование (табл. 2.5.). Число респондентов с высшим образованием в 1,94 раз было больше в контрольной группе по сравнению с основной группой ($p < 0,01$).

Таблица 2.5.

**Сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру
«образование», %**

Параметр «образование»	Группы, подгруппы сравнения							
	клиническая группа, $n = 99$						Контрольная группа, $n = 30$	
	1-я подгруппа, $n = 46$		2-я подгруппа, $n = 53$		всего			
	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %
Высшее	17	17,17 ¹	17	17,17 ¹	34	34,34 ¹	20	66,67 ²
Среднее специальное	29	29,29	36	36,36	65	65,66 ³	10	33,33 ⁴

Примечание: достоверность межгрупповых различий: $^{1-2}-p < 0,01$; $^{3-4}-p < 0,01$.

Большинство бывших военнослужащих основной группы (74,75%) на момент изучения были трудоустроены, но только 16,22% из трудоустроенных имели постоянное место работы, остальные 83,78% не имели постоянного места работы и относились к категории лиц с транзитной занятостью.

Большинство бывших военнослужащих контрольной группы (93,33%) на момент изучения были трудоустроены, 92,86 % из трудоустроенных имели постоянное место работы, остальные 7,14% относились к категории лиц с транзитной занятостью. Сравнимые группы значительно различались по параметру «трудовая занятость»: в основной группе лиц с транзитной занятостью (имеющих нестабильные заработки, работающих неполный рабочий день и пр.) было в 11,73 раза больше, чем в контрольной. Важным аспектом социального статуса является влияние расстройства на возможность справляться с работой и продолжать продуктивную профессиональную деятельность. Все работающие пациенты основной группы отметили значительные затруднения в выполнении обычных трудовых обязанностей. Кроме этого болезненное состояние мешало не только полноценному выполнению трудовых обязанностей, но и социально-значимой профессиональной реализации в новой для них социальной среде.

Сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру «трудоустроенность», «трудовая занятость», «уровень материального обеспечения» отражены в табл. 2.6. Материальное обеспечение жизни пациентов сравниваемых групп на момент обследования достоверно различалось (табл. 2.6.). Как «низкое» свое материальное обеспечение характеризовали чаще пациенты основной группы (44,44%). Средний уровень материального обеспечения чаще отмечали испытуемые контрольной группы (в 1,44 раза, $p < 0,001$). Высокий материальный уровень отмечался исключительно у испытуемых контрольной группы.

Таблица 2.6.

**Сравнительная характеристика в группах и подгруппах по параметру
«трудоустроенность», «трудовая занятость», «уровень материального
обеспечения», %**

Параметр	Группы, подгруппы сравнения							
	основная группа, $n = 99$						контрольная группа, $n = 30$	
	1-я подгруппа, $n = 46$		2-я подгруппа, $n = 53$		всего			
	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %
«Трудоустроенность»								
Имеется	36	36,36	38	38,38	74	74,75 ¹	28	93,33 ²
Отсутствует	12	12,12	13	13,13	25	25,25	2	6,67
«Трудовая занятость»								
Постоянная	6	8,11	6	8,11	12	16,22	26	92,86
Транзитная	30	40,54	32	43,24	62	83,78 ³	2	7,14 ⁴
«Уровень материального обеспечения»								
Высокий	-	-	-	-	-	-	6	20,00
Средний	26	26,26	27	27,27	55	55,56	24	80,00
Низкий	21	21,21	23	23,23	44	44,44	-	-

Примечание: достоверность межгрупповых различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,001$.

Все обследованные в группах сравнения состояли в браке, большинство из них имели детей (табл. 2.7). Семья у большинства бывших военнослужащих с признаками АР (89,90%) и без таковых (86,67%), характеризовалась как нуклеарная (супружеская или партнёрская, т.е. состоящая из родителей (родителя) и детей, либо только из супругов [111]). По количеству детей в изученном контингенте наиболее распространенной являлась малодетная семья (двое детей), составляющая в группе военнослужащих с АР 46,46%, в группе

военнослужащих без АР – 46,67%. Процент однодетных семей в группе военнослужащих с признаками АР и без таковых был сопоставим (36,36% и 36,67%, соответственно). По числу многодетных семей и числу семей без детей сравниваемые группы также существенно не различались ($p > 0,1$).

Таблица 2.7.

**Обобщенные характеристики брачно-семейного статуса бывших
военнослужащих в группах сравнения, %**

Характеристики	Клиническая группа, $n = 99$		Контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч, чел	отн. ч, %	абс. ч, чел	отн. ч, %
Брачный статус				
Официальный брак	99	100,00	30	100,00
Тип семьи по признаку «нуклеарности»				
Нуклеарная семья	89	89,90 ¹	26	86,67 ²
Расширенная	10	10,10	4	13,33
Детность в браке				
Наличие одного ребенка	36	36,36	11	36,67
Наличие двух детей	46	46,46	14	46,67
Наличие более двух детей	2	2,02	1	3,33
Отсутствие детей	15	15,15 ³	4	13,33 ⁴
Семейный стаж				
3-10 лет совместного проживания	84	84,85	29	96,67
< 3 лет	15	15,15	4	13,33
> 10 лет	-	-	-	-
Однородность семьи по образовательному уровню и вероисповеданию				
Однородность супругов по образовательному уровню	50	50,51	17	56,67
Однородность супругов по отношению к религии	60	60,61	18	60,00

Примечание: достоверность различий ¹⁻² – $p > 0,1$; ³⁻⁴ – $p > 0,1$.

В изученных группах преобладали семьи среднего супружеского возраста с детьми школьного возраста (брачный стаж от 3–10 лет). По однородности социального состава большинство семей военнослужащих в сравниваемых группах были гомогенны как по уровню образования супругов, так и по отношению к религии (табл. 2.7.).

Таким образом, анализ общих характеристик обследованных военнослужащих с признаками расстройств адаптации и без таковых, выявил однородность по большинству основных показателей, что стало основанием для вывода о гомогенности основной и контрольной групп, релевантности полученных данных и репрезентативности результатов исследования.

2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач и достижения цели исследования были использованы: теоретический метод (анализ научных источников по теме исследования); эмпирические методы (клинические шкалы, тестирование); математико-статистический метод.

Изучение проявлений адаптационных расстройств на феноменологическом уровне проводилась на основании полуструктурированного клинического интервью, основанного на опроснике PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974) [112]. При оценке аддиктивного поведения у респондентов были использованы *AUDIT* и *AUDIT*-подобные тесты [113]. Мотивы потребления алкоголя (МПА) были изучены с помощью «Методики шкалирования оценки МПА» (В.Ю. Завьялов [114]).

Психодиагностическое исследование актуального психического состояния, включавшее изучение выраженности тревожности и депрессии у

респондентов проводили с помощью Шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) (Ю.Л. Ханин, 1976, адаптация) [115] и Самооценочной шкалы депрессии Зунга (Self-Rating Depression – SDS) [115]. При расчете индекса SDS использовался алгоритм, предложенный В.С. Подкорытовым, Ю.Ю. Чайкой [116].

Мишени психодиагностики при оценке актуального психического состояния испытуемых отражены в табл. 2.8.

Таблица 2.8.

Мишени психодиагностики при оценке актуального психического состояния обследованных групп сравнения и психодиагностический инструментарий

№	Мишени психодиагностики	Психодиагностический инструментарий
1	Выраженность реактивной и личностной тревожности	Шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) (Ю.Л. Ханин, 1976, адаптация)
2	Выраженность депрессии по трем группам диагностических критериев: депрессивному аффекту, соматической симптоматике и депрессивным переживаниям	Самооценочная шкала депрессии Зунга (Self-Rating Depression – SDS) (Т.И. Балашова, адаптация)

Психологическая диагностика отдельных индивидуально-психологических особенностей личности военнослужащих групп сравнения была произведена с помощью следующих опросников, шкал и методик: Опросника Структуры Темперамента (ОСТ) (В.М. Русалов, 1990) [117], Опросника уровня субъективного контроля (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1993) [115], Томского опросника ригидности (Г.В. Залевский,

1993) [118], Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (А.К. Осницкий, 1998, адаптация) [119].

Мишени психодиагностики при оценке индивидуально-психологических особенностей личности военнослужащих групп и подгрупп сравнения отражены в табл. 2.9.

Таблица 2.9.

Мишени психодиагностики при оценке отдельных индивидуально-психологических особенностей личности военнослужащих групп сравнения

№	Мишени психодиагностики	Инструментарий
1	Структурные характеристики темперамента	Опросник Структуры Темперамента (ОСТ)
2	Уровень субъективного контроля личности	Опросник уровня субъективного контроля
3	Психическая ригидность	Томский опросник ригидности (ТОР)
4	Агрессия	Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (А.К. Осницкий, 1998, адаптация)

При выделении специфичных мишеней психотерапии при АР, была использована типология психотерапевтических мишеней, предложенная Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83].

Математическая обработка эмпирических данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 8.0 for Windows». Для обработки и представления результатов исследования были использованы [120]:

- Процентный подсчет результатов, среднее арифметическое, стандартная ошибка средней арифметической, табличное и графическое представление данных. Выборочные характеристики представлены в виде средней \pm ошибка средней ($M \pm m$);

- t-критерий Стьюдента для определения достоверности различий сравниваемых средних арифметических показателей в двух выборках с нормальным распределением (учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$);

- метод ранговой корреляции r_s Спирмена;

- факторный анализ;

Этапность исследования.

1) На первом этапе исследования у пациентов основной группы были изучены проявления адаптационного расстройства, характеристики аддиктивного поведения, особенности восприятия и переживания пациентами с АР факта непланируемого увольнения из армии. Этап заканчивался выделением специфичных мишеней психотерапии (нозоспецифичных и связанных с клинической ситуацией) по алгоритму, разработанному Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83].

2) На втором этапе проводилась эмпирическая оценка актуального психического статуса испытуемых. Изучались характеристики тревожности и депрессии. Этап завершался выделением специфичных мишеней психотерапии по алгоритму, разработанному Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83].

3) На третьем этапе проводилась эмпирическая оценка индивидуально-психологических свойств пациентов с адаптационными расстройствами в сравнительном аспекте. Этап завершался выделением специфичных для личности пациента с АР мишеней психотерапии по алгоритму, разработанному Р.К. Назыровым с соавт. [82, 83].

4) На четвертом этапе производилось группирование выделенных на предыдущих этапах специфичных мишеней психотерапии. Этап завершался разработкой системы специфичных мишеней психотерапии для военнослужащих с АР, уволенных из армии в ходе её реформирования.

2.3. Обобщения к разделу 2

1. Организация и общая методика эмпирического исследования соотнесены с исследовательской целью.

2. Исследовательская выборка образована в соответствии с целями и задачами исследования. Общее количество лиц, вошедших в исследовательскую выборку: 129 (в основную выборку – 99, контрольную – 30). Основная выборка получила в дальнейшем название «основная группа», контрольная выборка – «контрольная группа». Сравниваемые группы различались по критериям наличия/отсутствия адаптационных расстройств. Все лица, вошедшие в основную группу имели признаки адаптационных расстройства по критериям МКБ-10, все лица, образовавшие контрольную группу не имели таковых признаков. Использование методических рекомендаций П.В. Волошина с соавт. [1] позволило выделить в основной группе две подгруппы с различными вариантами адаптационного расстройства: поведенческим и аффективным. Образованные группы сравнения были паритетными по большинству социально-демографических показателей, что позволяет считать результаты исследования такими, что репрезентативно отражают генеральную совокупность.

3. При проведении эмпирического исследования были использованы: опросник PSE, *AUDIT* и *AUDIT*-подобные тесты, «Методика шкалирования оценки МПА», Шкала реактивной и личностной тревожности, Самооценочная шкала депрессии Зунга, Опросник Структуры Темперамента, Опросник уровня субъективного контроля, Томский опросник ригидности, Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки. Все использованные в исследовании шкалы и тесты, хорошо зарекомендовали себя в проведении эмпирических исследований и обладают хорошими параметрическими качествами.

4. Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечены использованием валидных и надежных психодиагностических методик, репрезентативной выборкой; корректным применением статических методов с использованием критерия Стьюдента, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, факторного анализа.

РАЗДЕЛ 3

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ

3.1. Феноменология адаптационных расстройств

Полученные с помощью Шкалы оценки психического статуса (Present State Examination – PSE, J.K. Wing et al., 1974) полуструктурированного интервью (PSE) результаты клинической оценки психического состояния военнослужащих основной группы (пациенты с АР) обрабатывались по алгоритмам факторного анализа с выявлением главных компонент и последующим Varimax-вращением (в его нормализованном варианте). Были выделены четыре фактора, наиболее адекватные с точки зрения информативности и пригодные для содержательной интерпретации. Доля дисперсии, объясняемая первым фактором, равнялась 14,4% дисперсии; вторым – 9,6%; третий фактор включал в себя 7,6% дисперсии; четвертый – 4,8%. Все выделенные факторы имели собственные значения, превышающие единицу, хотя принимали на себя относительно небольшую долю общей дисперсии, в совокупности объясняя 36,4% изменчивости признаков (табл. 3.1.). Невысокие проценты объяснялись разнообразием симптоматики АР. Из табл. 3.1. следует, что первый фактор включал в себя аффективную симптоматику с ведущим депрессивным компонентом и характеризовался высокими факторными нагрузками по параметрам: утренняя депрессия (0,77157), сниженное настроение (0,71789), апатия (0,71028), усталость (0,67505), безнадежность (0,64052), анергия (0,62859), социальная отгороженность (0,57562).

**Результаты факторного анализа феноменологических признаков АР у
пациентов основной группы (n = 99) (результат Varimax вращения)**

Симптомы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Головокружение	-0,10103	0,118406	-0,028579	0,232715
Метеочувствительность	-0,00167	0,050397	-0,076853	-0,194605
Недовольство	-0,06965	-0,607465	-0,080730	0,345874
Импульсивность	-0,08996	-0,479301	0,186658	0,342045
Физическое здоровье	-0,12287	0,152145	0,139626	-0,243070
Головные боли	-0,14869	0,062626	-0,064988	0,134994
Усталость	0,67505	-0,111472	0,533777	-0,615429
Мышечное напряжение	-0,17412	-0,246261	0,671370	0,148155
Непоседливость	-0,15177	-0,480593	0,372699	0,240698
Обеспокоенность здоровьем	-0,46941	0,138517	0,114759	0,200236
Нервная напряженность	-0,08707	-0,295917	0,681577	-0,538457
Вегетативная тревога	-0,20862	0,073747	0,548688	-0,672351
Ситуационная тревога	-0,14010	0,223131	0,687664	-0,067053
Специфическая фобия	-0,06729	0,211398	0,078376	0,025231
Избегание	-0,11898	0,214524	0,620019	0,039728
Апатия	0,71028	0,0100112	-0,174587	0,121778
Снижение настроения	0,71789	0,161537	-0,238563	-0,57381
Безнадежность	0,64052	0,026090	-0,078513	-0,751613
Утренняя депрессия	0,77157	0,137958	-0,094481	0,135425
Социальная отгороженность	0,57562	-0,034790	-0,064728	0,041465
Небредовые идеи отношения	-0,22887	-0,578877	-0,170236	-0,227873
Вялость, анергия	0,62859	-0,005014	0,015223	-0,091151
Раздражительность	0,01083	-0,632327	-0,217724	0,360916
Обсессии	-0,10435	0,117956	0,576565	-0,047794
Expl. variance	10,16098	5,036711	6,678128	5,907756
Prp. total	0,13027	0,064573	0,085617	0,075740

Примечание: жирным шрифтом выделены признаки с высокими факторными нагрузками.

Патохарактерологические проявления составляли основу второго фактора, высокие факторные нагрузки имели параметры: импульсивность (-0,479301), гиперактивность (-0,480593), идеи отношения (-0,578877), раздражительность (-0,607465).

Третий фактор определялся симптоматикой тревожного спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам: мышечное напряжение (0,671370), нервная напряженность (0,681577), ситуационная тревога (0,687664), избегание (избегающее поведение, 0,620019), вегетативная тревога (вегетативные эквиваленты тревоги, 0,548688), усталость (0,533777).

Четвертый фактор определялся симптоматикой тревожно-депрессивного спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам: усталость (-0,615429), вегетативная тревога (-0,672351), безнадежность (-0,751613), сниженное настроение (-0,57381), нервная напряженность (-0,538457).

На основании данных факторного анализа были выделены следующие синдромы: депрессивный, поведенческий, тревожный и тревожно-депрессивный (табл. 3.2.).

Таблица 3.2.

Синдромальная структура АР в основной группе (n = 99), %

Синдромы АР	Группа с АР, n = 99	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Депрессивный	30	30,30
Тревожный	13	13,13
Тревожно-депрессивный	10	10,10
Поведенческий	46	46,46

Депрессивный синдром объединил совокупность аффективных симптомов с ведущим депрессивным компонентом (утренняя депрессия,

сниженное настроение, апатия, усталость, безнадежность, анергия, социальная отгороженность).

Тревожный синдром объединил совокупность признаков тревожного спектра: мышечное напряжение, нервная напряженность, ситуационная тревога, избегание (избегающее поведение), вегетативная тревога (вегетативные эквиваленты тревоги), усталость.

Тревожно-депрессивный синдром объединил совокупность признаков тревожно-депрессивного спектра: усталость, вегетативная тревога, безнадежность, сниженное настроение, нервная напряженность.

Поведенческий синдром объединил совокупность патохарактерологических проявлений: импульсивность, гиперактивность, идеи отношения, раздражительность.

В соответствии с квалифицирующими типологическими признаками психотерапевтических мишеней (Р.К. Назыров с соавт., 2014), синдромальная констелляция, состоящая из депрессивного, тревожного, тревожно-депрессивного и поведенческого синдромов была идентифицирована как общая нозоспецифическая психотерапевтическая мишень при адаптационном расстройстве в изученном контингенте больных.

Клинико-статистический анализ данных, полученных при использовании PSE (Present State Examination, J.K. Wing et al., 1974) позволил соотнести синдромы АР с вариантами АР, ранее выделенными врачом-психиатром в соответствии с рекомендациями П.В. Волошина с соавт. [1]. Результаты соотнесения синдромов АР относительно вариантов АР отражены в табл. 3.3. При использовании коэффициента ранговой корреляции Спирмена условно оценивали тесноту связи между признаками, считая значения коэффициента равные 0,3 и менее, показателями слабой тесноты связи; значения более 0,4, но менее 0,7 – показателями умеренной тесноты связи, а значения 0,7 и более – показателями высокой тесноты

СВЯЗИ.

Таблица 3.3.

Распределение синдромов АР относительно варианта АР, %

Синдромы адаптационного расстройства	Варианты адаптационного расстройства (АР)			
	поведенческий вариант АР, <i>n</i> = 46		аффективный вариант АР, <i>n</i> = 53	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Депрессивный	-	-	30	56,60 ¹
Тревожный	-	-	13	24,53 ²
Тревожно-депрессивный	-	-	10	18,87 ³
Поведенческий	46	100,00	-	-

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: ¹⁻²– $p < 0,01$; ¹⁻³– $p < 0,01$.

Из табл. 3.4. следует, что между признаками «синдром адаптационного расстройства» и «вариант адаптационного расстройства» были установлены корреляционные связи; все установленные корреляции были положительными.

Таблица 3.4.

Корреляции между признаками «синдром АР» и «вариант АР»

Синдром АР/Вариант АР	Коэффициенты корреляции Спирмена	
	поведенческий вариант АР	аффективный вариант АР
Депрессивный	0	0,38
Тревожный	0	0,34
Тревожно-депрессивный	0	0,36
Поведенческий	0,42	0

Примечание: в таблице даны только достоверные коэффициенты корреляции Спирмена ($p < 0,05$).

Причем только теснота связи между параметром «поведенческий синдром» и «поведенческий вариант адаптационного расстройства» оценивалась как умеренно выраженная (коэффициент корреляции Спирмена = 0,42 ($> 0,4$), при $p < 0,05$).

Данные, представленные в табл. 3.4., позволили провести идентификацию нозоспецифических мишеней психотерапии при различных вариантах адаптационного расстройства. Нозоспецифической мишенью считали ведущий синдром АР при варианте АР или констелляцию синдромов, специфичную для варианта АР. Критерием специфичности синдрома/синдромальной констелляции при варианте АР, являлась теснота связи.

Нозоспецифическими психотерапевтическими мишенями определены: при поведенческом варианте АР – поведенческий синдром ($r_s = 0,42$), при аффективном варианте АР – синдромальная констелляция депрессивного ($r_s = 0,38$), тревожного ($r_s = 0,34$) и тревожно-депрессивного синдромов ($r_s = 0,36$).

С целью выделения клинико-психологических особенностей адаптационных расстройств в выборке военнослужащих, уволенных из армии в ходе ее реформирования, были изучены феноменологические проявления АР при разных его вариантах.

Поведенческий вариант АР (ПВ АР) в нашем исследовании был установлен у 46 (46,46%) пациентов основной группы и был представлен адаптационным расстройством с преимущественным нарушением поведения (F43.24 по МКБ-10).

В картине АР при данном варианте доминировали симптомы дезадаптивного поведения, которое сочеталось с нарушением повседневного функционирования. Клиническая картина определялась раздражительностью,

несдержанностью, импульсивностью, повышенной возбудимостью, кратковременными реакциями агрессии, обиды, гнева. Как правило, при ПВ АР у пациентов выявлялись ранее нехарактерные для них формы поведения, снижение порога агрессивности, обострение чувствительности к критике, что приводило к конфликтам, нарушению взаимоотношений с окружающими. Все пациенты отмечали изменение в аддиктивном поведении: стали чаще выпивать, увеличились разовые дозы потребления спиртного. Тем не менее выраженность психопатологической симптоматики оставалась неглубокой. Вышеописанные поведенческие симптомы во всех случаях ПВ АР были чётко связаны с фактом психотравмирующего события – увольнением из рядов ВСУ. Возникновение социальной дезадаптации у пациентов при данном варианте АР в большей степени определялось такой симптоматикой, как перепады настроения, раздражительность, гиперактивность (при малой её продуктивности), чувство недовольства и внутреннего напряжения. Следует отметить, что большинство из этих симптомов, среди которых преимущественно отмечались проявления легких форм астенической или психовегетативной симптоматики, не вербализовались пациентами, и были выявлены в ходе опроса. Эмоциональные нарушения при ПВ АР не занимали ведущего положения в клинической картине, проявляясь фрагментарно или в стертом виде.

Аффективный вариант АР (АВ АР) в нашем исследовании был установлен у 53 (53,54%) пациентов с АР. Данный вариант объединил адаптационные расстройства с преобладанием в клинической картине депрессивной симптоматики (АР в форме пролонгированной депрессивной реакции» – F43.21), тревоги (АР с преобладанием нарушения других эмоций – F43.23), смешанной депрессивной и тревожной симптоматики (АР в форме смешанной тревожно-депрессивной реакции» – F43.22).

Клиническая картина АР в форме пролонгированной депрессивной

реакции (F43.21) определялась наличием депрессивного аффекта, снижением побуждений, пессимистичной оценкой перспектив и собственной личности, нарушением концентрации внимания, легкой психомоторной заторможенностью и психовегетативными нарушениями. При этом депрессивный аффект характеризовался непостоянством, зависимостью от ситуации (был выводим из психотравмирующего события), отсутствием «витальности». Снижение побуждений касалось ограниченного круга интересов и увлечений, ангедония не достигала значительной степени, не отмечалось замедления ассоциативного процесса. У пациентов заметное место в клинической картине занимало изменение самооценки, переживание по поводу увольнения из рядов ВС, а также редуцированные идеи вины, своей социальной ненужности. По параметрам стабильности и длительности депрессивная реакция дезадаптации характеризовалась как «продолжительная». Средняя продолжительность данной формы АР составляла $9,1 \pm 2,0$ месяца. В целом динамика депрессивных реакций дезадаптации характеризовалась формированием и длительным сохранением комплекса психогенных переживаний с фиксацией на психотравмирующем событии (увольнение из рядов ВС), с последующим присоединением и усилением астенических проявлений. На момент исследования в клинической картине ведущее место занимали аффективные нарушения в виде субдепрессивных или депрессивных состояний легкой степени выраженности, а комплекс психогенных переживаний тушировался и уходил на задний план. Все пациенты с данной формой АР отмечали снижение социального функционирования.

Клиническая картина АР в форме «с преобладанием других эмоций» (F43.23 по МКБ-10) определялась доминированием тревоги. Наиболее частыми проявлениями АР являлись переживание внутреннего напряжения,

безотчетного немотивированного беспокойства и неспособности расслабиться. Выраженность описанных симптомов усиливалась в вечернее время, в период засыпания. Чувство тревоги инициировалось мыслями о будущем, ожиданием перемен, состоянием неопределенности. Наряду с эпизодическим возникающими ожиданиями неприятностей, ощущениями беспредметной тревоги и страха за себя и близких большинство пациентов (76,92% от общего числа с данным подвариантом) отмечали появление тревоги, робости и нерешительности в ситуациях, в которых ранее себя чувствовали спокойно (при встрече с бывшими сослуживцами, например). Но наиболее значимыми были для пациентов с данной формой АР новые социальные ситуации (собеседования с потенциальным работодателем, посещение налоговых администраций, оплата коммунальных платежей и пр.): практически у всех у них при попадании в такие ситуации снижалось «качество» мышления (не могли сформулировать ответ на заданный вопрос), появлялась боязнь неправильных ответов, боязнь неадекватной оценки со стороны потенциального работодателя, развивалось избегающее поведение (неявка в службу занятости, на собеседование с кадровиками новых потенциальных мест работы, уход из очереди в кассу при оплате коммунальных услуг, с собеседования и пр.). У большинства обследуемых после «неудачных» посещений потенциальных работодателей, на фоне нарастающей тревожности появлялись ощущения неуверенности в себе, которое сопровождалось вспышками раздражительности, направленными на себя. Несмотря на отмечаемое значимое снижение самоуважения и утрату уверенности в своей способности «жить на гражданке», пациенты не замыкались, стремились к общению с окружающими, искали социальную поддержку. Описанные тревожные реакции сопровождались выраженной психовегетивной симптоматикой. Пациенты с данной формой АР активно предъявляли жалобы

на головные боли напряжения, трудности засыпания и поверхностный сон, с частыми ночными пробуждениями.

Средняя продолжительность данной формы АР на момент исследования составила $1,1 \pm 3,2$ месяц. По мере частичной дезактуализации психотравмирующего события (уволение из армии) и регресса тревожного аффекта ведущее место в клинической картине занимали астенические явления. Они формировались постепенно, через 2–3 недели от начала реакции и проявлялись в виде раздражительной слабости, несобранности, утомляемости и снижения концентрации внимания. При этом элементы астении были менее выраженными, чем при АР в форме пролонгированной депрессивной реакции. Все пациенты с данной формой АР отмечали снижение социального функционирования.

Аффективные проявления в клинической картине у пациентов с АР в форме смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22) характеризовались гипотимией, подавленностью, а также наличием ощущения внутреннего напряжения и беспокойства. На фоне сниженного настроения отмечались ослабление интересов, желаний, отгороженность и безучастность, снижение самооценки, утрата самоуважения. Особенностью тревожного синдрома при данной форме АР было сочетание и выраженность как психического, так и соматического компонентов тревоги. В рамках психического компонента отмечались беспокойство, тревожные опасения, предчувствия, мысли, направленные в будущее; навязчивые воспоминания, связанные с психотравмирующим событием (увольнением из армии), нерешительность в действиях, принятии решений. Соматические проявления тревоги усиливались при воспоминании о психотравмирующем событии, волнении, повышенной умственной и эмоциональной нагрузках. Характерными были также астенические симптомы, нарушения сна в виде частых пробуждений среди

ночи, невозможность отключиться от неприятных мыслей при засыпании. Средняя продолжительность данного подварианта к моменту обследования составляла $5,8 \pm 1,5$ месяца. Все пациенты с данной формой АР отмечали снижение социального функционирования.

Изучение проявлений АР на феноменологическом уровне выявило ряд общих для группы особенностей:

Картина АР на феноменологическом уровне представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), но не отвечающих полностью ни одному из них.

Первой общей характеристикой проявления АР в изученном контингенте являлось наличие у пациентов устойчивых негативно окрашенных переживаний, которые были связаны с фактом вынужденного, непланируемого увольнения из рядов ВС и сопряжены с изменением самоотношения пациентов после увольнения. Устойчивые переживания выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, беспомощности и растерянности, а также вторично возникающими реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности. При этом у всех пациентов с АР отмечалось избирательное снижение способности к многосторонней и объективной оценке ситуации с фокальным усилением наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, доминированием аффективной логики, оценочных суждений и появлением избирательных дисмнезий. Все это создавало условия для наблюдающегося у них нарушения способности к переоценке и ассимилированию опыта переживания психотравматического для них события – непланируемого вынужденного увольнения из армии.

Второй общей характеристикой клинических проявлений АР являлось связанность наблюдаемой психопатологической симптоматики с общим

психосоциальным стрессором – «непланируемым увольнением из армии». Психопатологическая симптоматика развивалась в непосредственной связи со стрессовым событием, а психотравмирующая ситуация была ярко представлена в переживаниях и высказываниях.

Третьей общей характеристикой АР в изученном контингенте являлось то, что клинические проявления АР отличались полиморфностью, неоднородностью и сравнительно неглубокой выраженностью симптоматики.

Четвертой общей характеристикой АР в изученном контингенте являлось кратковременность психопатологической симптоматики (средняя продолжительность АР – 4,27 месяца, т.е. < 6 месяцев).

Пятой общей характеристикой АР у обследованных пациентов являлось сочетанность психопатологической симптоматики со снижением социального функционирования.

3.2. Обобщения к подразделу 3.1.

-Установлено, что проявления АР не отличались феноменологической однородностью и были структурированы в виде двух основных совокупностей признаков. В первую совокупность признаков АР вошли патохарактерологические проявления (высокие факторные нагрузки имели параметры: импульсивность (-0,479301), гиперактивность (-0,480593), идеи отношения (-0,578877), раздражительность (-0,607465)). В состав второй совокупности признаков АР вошли три относительно самостоятельные констелляции признаков: первая из них включала в себя аффективные феномены с ведущим депрессивным компонентом и высокими факторными нагрузками по параметрам утренняя депрессия (0,77157), пониженное настроение (0,71789), апатия (0,71028), усталость (0,67505), безнадежность

(0,64052), энергия (0,62859), социальная отгороженность (0,57562). Вторая конstellляция включала феномены тревожного спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам мышечное напряжение (0,671370), нервная напряженность (0,681577), ситуационная тревога (0,687664), избегание (0,620019), вегетативная тревога (вегетативные эквиваленты тревоги, 0,548688), усталость (0,533777). Третья конstellляция включала феномены тревожно-депрессивного спектра с высокими факторными нагрузками по параметрам: усталость (-0,615429), вегетативная тревога (-0,672351), безнадежность (-0,751613), пониженное настроение (-0,57381), нервная напряженность (-0,538457). Первая совокупность признаков АР была обозначена как поведенческий вариант адаптационного расстройства – ПВ АР, вторая совокупность признаков АР – как аффективный вариант адаптационного расстройства – АВ АР. Конstellляция патохарактерологических феноменов была идентифицирована как поведенческий синдром, конstellляции депрессивных феноменов – как депрессивный синдром, конstellляция тревожных феноменов – как тревожный синдром, конstellляция тревожно-депрессивных феноменов – как тревожно-депрессивный синдром. Были установлены высокие тесноты связей между синдромами и вариантами АР (все значения коэффициента Спирмена $r_s > 0,70$; $p < 0,01$).

-Синдромальная конstellляция, состоящая из депрессивного, тревожного, тревожно-депрессивного и поведенческого синдромов была идентифицирована как *общая нозоспецифичная психотерапевтическая мишень АР* у больных изученной выборки (здесь и в дальнейшем – названия мишеней психотерапии даются в соответствии с лексиконом Р.К. Назырова, 2014; термины «психотерапевтическая мишень» и «мишень психотерапии» рассматриваются при применении как полные синонимы). Нозоспецифичными психотерапевтическими мишенями также были определены: поведенческий

синдром – у больных с ПВ АР, совокупность (конstellация) депрессивного, тревожного и тревожно-депрессивного синдромов – у больных с АВ АР.

-Направленность психокоррекции в отношении нозоспецифических мишеней психотерапии заключается в действиях направленных на редукцию ведущих синдромов АР.

3.3. Результаты изучения реагирования военнослужащих на факт непланируемого вынужденного увольнения из армии

Для всех обследованных военнослужащих увольнение из армии являлось непланируемым жизненным событием, повлекшим изменение их социального статуса (табл. 3.5.). Непланируемое увольнение из армии как событие, вызвавшее интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания расценили все (100,00%) военнослужащие с АР. Представители основной группы переживали растерянность, панику, обиду, злость, беспокойство, волнение, гнев. У военнослужащих без признаков АР увольнение из армии не вызвало столь сильных эмоциональных переживаний (табл. 3.5.).

Непланируемое увольнение из армии как событие, повлекшее утрату особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений оценили большинство (84,85%) военнослужащих с АР, и только 6,67% военнослужащих контрольной группы.

Непланируемое увольнение из армии как событие, повлекшее изменение самоотношения оценили 48,48% военнослужащих с АР и ни один из их коллег из контрольной группы. Пациенты с АР остро переживали утрату социального статуса «военнослужащего», принадлежности к армии, затруднялись воспринимать себя как «гражданских лиц».

**Результаты оценивания бывшими военнослужащими групп сравнения
факта увольнения из армии как жизненного события, %**

Увольнение из армии как жизненное событие	Группы сравнения			
	основная группа, <i>n</i> = 99		контрольная группа (АР), <i>n</i> = 30	
	абс. ч., чел.	отн. ч., чел., %	абс. ч., чел.	отн. ч., чел., %
Непланируемое жизненное событие	99	100,00	30	100,00
Событие, повлекшее изменение социального статуса	99	100,00	30	100,00
Событие, вызвавшее интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания	99	100,00	-	-
Событие, повлекшее утрату (полную или частичную) особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений	84	84,85 ¹	2	6,67 ²
Событие, связанное с изменением самооценки в результате утраты социального статуса военнослужащего	48	48,48	-	-
Событие, повлекшее резкое изменение привычного функционирования, поведения в условиях гражданской жизни	48	48,48 ³	4	13,33 ⁴
Событие, связанное с появлением социально-психологического дискомфорта в семье	46	46,46 ⁵	6	20,00 ⁶
Событие, ухудшившее жизненную перспективу	42	42,42 ⁷	2	6,67 ⁸

Примечание: достоверность различий: ¹⁻² – $p < 0,05$; ³⁻⁴ – $p < 0,05$; ⁵⁻⁶ – $p < 0,05$; ⁷⁻⁸ – $p < 0,05$.

Отмечали, что гражданские чиновники, правоохранители, представители фискальных служб при общении с ними эпизодически и систематически «унижали их человеческое достоинство». К подобному обращению они, как военные, не привыкли, и болезненно переживали каждый эпизод реального или мнимого унижения. Военнослужащие контрольной группы не испытывали подобных чувств и относительно безболезненно приняли свой новый социальный статус.

Непланируемое увольнение из армии как событие, повлекшее резкое изменение привычного функционирования, поведения в условиях гражданской жизни оценили 48,48% военнослужащих с АР и только 13,33% военнослужащих из контрольной группы. Военнослужащие отмечали, что резкая смена образа жизни, необходимость ломать свои привычки, возникающие затруднения при совершении коммунальных платежей, посещения различных государственных учреждений, банков, рекрутинговых агентств и пр., вызывали появление и нарастание психоэмоциональной напряженности и раздражения.

Непланируемое увольнение из армии как событие, повлекшее возникновение социально-психологического дискомфорта в семье отметили 46,46% бывших военнослужащих с признаками АР и только 20,00% без таковых признаков. Субъективно переживаемый социально-психологический дискомфорт в семье отражал специфические стрессы, вызванные непосредственной или опосредованной причастностью семьи к экстремальным обстоятельствам перехода военнослужащего из одной социально-профессиональной среды в другую, а также прогрессирующие социально-экономические затруднения переходного этапа (материально-финансовую необеспеченность, отсутствие постоянного жилья, некомфортные бытовые условия).

Непланируемое, вынужденное увольнение из армии, как событие, повлекшее ухудшение жизненной перспективы оценили 42,42% бывших военнослужащих с АР и только 6,67% их коллег из контрольной группы.

В табл. 3.6. отражены результаты изучения в группе военнослужащих с АР тесноты связи признаков.

Таблица 3.6.

Корреляции между признаком «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания» и признаками, отражающими события, и ситуации, возникшие с непланируемым увольнением из армии

Группа военнослужащих с адаптационными расстройствами, $n = 99$		
Признак	Признак	Коэффициент корреляции Спирмена
«Непланируемое вынужденное увольнение из армии»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,96
«Утрата особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, возникших во время пребывания в армии»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,84
«Изменение самоотношения в связи с утратой социального статуса военнослужащего»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,48
«Трудности гражданской жизни»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,48
«Социально-психологический дискомфорт в семье, возникший в связи с увольнением из армии»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,46
«Ухудшение жизненной перспективы»	«Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания»	0,42

Примечание: все установленные коэффициенты при $p < 0,01$.

Были изучены признаки: «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания» (как преобладающего) с признаками, отражающими события и ситуации, возникшие с их непланируемым увольнением из армии.

Из табл. 3.6. следует, что теснота связи между признаком «Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания» и признаками «Непланируемое вынужденное увольнение из армии» ($r_s = 0,96$) и «Утрата особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, возникших во время пребывания в армии» ($r_s = 0,84$) оценивалась как высоко выраженная (все коэффициенты корреляции Спирмена $> 0,7$).

Теснота связи между признаком «Интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания» и признаками «Изменение самоотношения в связи с утратой социального статуса военнослужащего», «Трудности гражданской жизни», «Социально-психологический дискомфорт в семье, возникший в связи с увольнением из армии», «Ухудшение жизненной перспективы» оценивалась как умеренно-выраженная (все коэффициенты корреляции Спирмена $> 0,4$ но меньше $0,7$). Сильно и умеренно выраженные положительные корреляции между признаками указывали на неслучайность связей между ними.

3.4. Обобщения к подразделу 3.3.

Отраженные в табл. 3.5. и 3.6. результаты, позволили сделать ряд обобщений.

-Непланируемое вынужденное увольнение из армии представляет собой сложную жизненную ситуацию, имеющую необратимый характер, что в свою очередь, актуализирует специфические психические состояния разного уровня

психической активности (обида, злость, беспокойство, волнение, гнев и др.). Все пациенты с АР в исследованной выборке (100,00%) отметили интенсивные эмоциональные переживания самого факта увольнения из армии, разлуки с сослуживцами, отрыв от привычной профессиональной среды, которое сочеталось с тоской, воспоминаниями о службе, обидой на «судьбу», на «несправедливость» увольнения, мыслями о крушении надежд, связанных с военной карьерой. Установленная высокая теснота связи между признаком «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания» и признаками «непланируемое вынужденное увольнение из армии» (коэффициент Спирмена $r_s = 0,96$, при $p < 0,01$) и «утрата особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, возникших во время пребывания в армии» ($r_s = 0,84$); позволяет рассматривать «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с непланируемым вынужденным увольнением из армии» и «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с утратой особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, возникших во время пребывания в армии» в качестве феноменов, редукция которых желательна, т.е. в качестве мишеней психотерапии.

-На основании квалифицирующих признаков Р.К. Назырова с совт. (2014), «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с непланируемым вынужденным увольнением из армии» и «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживание, связанные с утратой особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, возникших во время пребывания в армии» идентифицированы как общие нозоспецифические мишени АР. Направленность психокоррекции в отношении выделенных психотерапевтических мишеней заключается в повышении психологической компетентности пациента, коррекции

иррациональных схем интерпретации реальности, снижении интенсивности психотравмирующих переживаний.

3.5. Результаты изучения аддиктивного поведения бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами

Аддиктивное поведение бывших военнослужащих основной и контрольной групп было изучено с помощью *AUDIT*-теста и *AUDIT*-подобных тестов. Результаты изучения отражены в табл. 3.7.

Таблица 3.7.

Результаты применения *AUDIT* и *AUDIT*-подобных тестов в группах сравнения на момент исследования, %

Интерпретационные характеристики результатов применения <i>AUDIT</i> -теста			Группы сравнения			
			основная группа, <i>n</i> = 99		контрольная группа, <i>n</i> = 30	
сумма баллов	уровень риска	квалификация состояния	отн. ч., чел.	абс. ч., %	отн. ч., чел.	абс. ч., %
1-7	Зона I	Относительно безопасное употребление алкоголя	55	55,56	30	100,0
8-15	Зона II	Опасное употребление алкоголя	44	44,44	-	-
16-19	Зона III	Употребление алкоголя с вредными последствиями	-	-	-	-
20-40	Зона IV	Зависимость от алкоголя согласно критериям МКБ-10	-	-	-	-
Всего:			99	100,0	30	100,00

Из данных, представленных в табл. 3.7., следует, что на момент

исследования сравниваемые группы существенно отличались по уровню риска употребления алкоголя. В контрольной группе употребление алкоголя у всех испытуемых квалифицировалось как «относительно-безопасное употребление» (набор менее 8 баллов по результатам *AUDIT*-теста), в основной группе употребление алкоголя у значительной части (44,44%) лиц квалифицировалось как «опасное употребление» (набор от 8 до 15 баллов по результатам *AUDIT*-теста). Паттерны употребления алкоголя у всех исследованных характеризовались как донозологические.

Результаты изучения усредненных показателей *AUDIT*-теста у пациентов основной группы при различных вариантах АР представлены в табл. 3.8. Величина среднего балла *AUDIT*-теста отражает степень риска аддиктивного поведения.

Таблица 3.8.

Величины среднего балла *AUDIT*-теста у бывших военнослужащих при различных вариантах АР, баллы, $M \pm m$

	Вариант АР	Среднее значение <i>AUDIT</i> -теста, баллы
1	Поведенческий вариант АР	на момент исследования
		$10,50 \pm 1,8^1$
2	Аффективный вариант АР	$7,92 \pm 4,4^2$
	В целом по группе с АР	$9,21 \pm 4,4^3$

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{2-3} - p < 0,05$.

Из данных табл. 3.8. следует, что паттерн употребления алкоголя по группе пациентов с АР в целом, и в подгруппе с поведенческим вариантом АР, в частности, характеризуется как «донозологический опасный», на что указывают величины средних значений *AUDIT*-теста, лежащие в шкальном интервале 8–15 баллов. Паттерн употребления алкоголя в подгруппе с аффективным вариантом АР характеризуется как «донозологический и относительно безопасный» (величина средних значений *AUDIT*-теста < 8

баллов).

При проверке тесноты связей между уровнями употребления алкоголя по степени опасности, наличием АР и вариантом АР были установлены: статистически достоверные положительные сильно выраженные корреляции между признаками «адаптационное расстройство» и «опасное употребление алкоголя», между признаком «поведенческий вариант адаптационного расстройства» и «опасное употребление алкоголя» (коэффициенты корреляции Спирмена $r_s = 0,74$ и $r_s = 0,84$; соответственно, при $p < 0,01$).

Результаты изучения мотивов потребления алкоголя (МПА) у бывших военнослужащих групп сравнения отражены в табл. 3.9.

Таблица 3.9.

**Результаты изучения распределения мотивов потребления алкоголя
(МПА) у военнослужащих групп сравнения, %**

Мотивы потребления алкоголя (МПА)	Группы сравнения			
	основная группа, $n = 99$		контрольная группа, $n = 30$	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
<i>Социально-психологические</i>	37	37,37 ¹	21	70,00
Традиционные (Тр)	37	37,37	16	53,33
Субмиссивные (Сб)	-	-	1	3,33
Псевдокультурные (Пс)	-	-	4	13,33
<i>Личностные</i>	56	56,57 ²	9	30,00
Гедонистические (Гд)	12	12,12	2	6,67
Атарактические (Ат)	30	30,30 ³	4	13,33 ⁴
Гиперактивации (Га)	14	14,14	3	10,00
<i>Патологические</i>	6	6,06	-	-
Абстинентные (Аб)	-	-	-	-
Аддиктивные (Ад)	-	-	-	-
Самоповреждение (Сп)	6	6,06	-	-

Примечание: достоверность различий: ¹⁻² – $p < 0,01$; ³⁻⁴ – $p < 0,01$.

Как видно из данных, представленных в табл. 3.9., в контрольной группе (бывшие военнослужащие без АР) на момент исследования были установлены две триады МПА: социально-психологическая и личностная, тогда как в основной группе (бывших военнослужащих с АР) – три триады МПА: социально-психологическая, личностная и патологическая. Триада патологических МПА представлена мотивом самоповреждения, который оказался доминирующим у 6,06% испытуемых.

Процентное соотношение установленных МПА на момент обращения показывают ведущую роль личностных мотивов в основной (56,57%) и социально-психологических – в контрольной группе (70,00%). В структуре личностных МПА у всех обследованных на момент обращения доминировали атарактические мотивы. Атарактические мотивы связаны с желанием с помощью алкоголя нейтрализовать негативные эмоциональные переживания – напряжение, тревогу, страх, смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт [114]. Атарактические МПА в группе бывших военнослужащих с АР встречались в 2,27 раза чаще, чем в группе бывших военнослужащих без таковых расстройств ($p < 0,01$).

Данные изучения общей мотивационной напряженности (ОМН) потребления алкоголя в группах сравнения на момент исследования представлены в табл. 3.10., а внутригрупповые различия по параметру ОМН у бывших военнослужащих с различными вариантами АР – в табл. 3.11. Из данных, представленных в табл. 3.10., следует, что средние значения ОМН в сравниваемых группах располагались в донологическом интервале, который определен в границах от 12 до 35 баллов [114], но значения ОМН в группе бывших военнослужащих с АР были значимо выше ($p < 0,01$).

Таблица 3.10.

Средние значения общей мотивационной напряженности (ОМН) потребления алкоголя в группах сравнения на момент исследования (баллы), $M \pm m$, %

Средние величины общей мотивационной напряженности (ОМН) потребления алкоголя	Основная группа, $n = 99$	Контрольная группа, $n = 30$
	$27,5 \pm 1,1^1$	$21,5 \pm 0,4^2$

Примечание: достоверность межгрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Таблица 3.11.

Средние значения общей мотивационной напряженности потребления алкоголя (ОМН) в группе бывших военнослужащих с АР, баллы, $M \pm m$

	Группы, подгруппы	
Средние величины общей мотивационной напряженности (ОМН) потребления алкоголя	1-я подгруппа основной группы (ПВ АР), $n = 46$	2-я подгруппа основной группы (АВ АР), $n = 53$
	$31 \pm 0,8^1$	$24 \pm 0,6^2$

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

Из табл. 3.11. следует, что напряжение мотивов потребления у пациентов с поведенческим вариантом АР оказалось самым высоким в группе пациентов с АР (ОМН = $31 \pm 0,8$ балла).

3.6. Обобщение к подразделу 3.5.

-Установленная статистически-достоверная корреляция между признаками «адаптационного расстройства» и «опасное употребление алкоголя» (коэффициент корреляции Спирмена ($r_s = 0,74$, при $p < 0,01$), говорит

о неслучайности высокого уровня рисковости аддиктивного поведения при адаптационном расстройстве, и трактуется как попытка пациентов с АР с помощью алкоголя самостоятельно коррегировать степень выраженности имеющегося психоэмоционального напряжения и дискомфорта. Отмеченная тенденция наиболее выражена у пациентов с поведенческим вариантом АР.

-При проверке тесноты связей между уровнями употребления алкоголя по степени опасности, наличием АР и вариантом АР были установлены статистически-достоверные положительные сильно выраженные корреляции между признаками «адаптационное расстройство» и «опасное употребление алкоголя», между признаком «поведенческий вариант адаптационного расстройства» и «опасное употребление алкоголя» (коэффициенты корреляции Спирмена $r_s = 0,74$ и $r_s = 0,84$; соответственно, при $p < 0,01$).

-Установлено, паттерн опасного употребления алкоголя у части бывших военнослужащих с АР (с поведенческим вариантом АР) характеризуется выраженной мотивационной напряженностью. Полученные в результате исследования аддиктивного поведения данные, позволяют сделать вывод о том, что сочетанность с опасным донозологическим паттерном употребления алкоголя является особенностью расстройств адаптации у военнослужащих с АР, уволенных из ВС в связи с реформированием армии; сочетанность с опасным мотивационно высоконапряженным донозологическим паттерном употребления алкоголя является особенностью течения поведенческого варианта расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из армии в связи с её реформированием.

-Донозологический опасный паттерн употребления алкоголя идентифицирован у пациентов с АР как общая психотерапевтическая мишень, специфическая для клинической ситуации при АР в изученном контингенте ($r_s = 0,74$ при $p < 0,01$).

-Донозологический опасный, мотивационно-высоконапряженный паттерн употребления алкоголя у пациентов с поведенческим вариантом АР как психотерапевтическая мишень, специфическая для клинической ситуации при АР в изученном контингенте ($r_s = 0,84$; при $p < 0,01$).

РАЗДЕЛ 4

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ, С АДАПТАЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

4.1. Результаты изучения тревожности

При оценивании характеристик тревожности применялась Шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – *STAI*) (Ю.Л. Ханин, 1976, адаптация).

При интерпретации результатов использовался алгоритм К.Р. Червинской [115], предполагавший выделение пяти уровней выраженности для каждого из видов тревожности: очень низкий – от 20 до 24 баллов, низкий – от 25 до 30 баллов, умеренный – от 31 до 45 баллов, высокий – от 46 до 60 баллов и очень высокий – от 61 до 80 баллов.

Результаты изучения тревожности отражены в табл. 4.1.

Таблица 4.1.

Средние значения *STAI* у бывших военнослужащих основной и контрольной групп (баллы, $M \pm m$)

Шкалы <i>STAI</i>	Группы	
	основная группа, $n = 99$	контрольная группа, $n = 30$
Реактивная тревожность (RX_1)	$49,50 \pm 2,6^1$	$27,5 \pm 1,8^2$
Личностная тревожность (RX_2)	$45,65 \pm 2,4^3$	$23,5 \pm 1,4^4$

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{3-4} - p < 0,01$.

У бывших военнослужащих без признаков АР, средний групповой балл по шкале Реактивной тревожности (RX_1) был равен величине $27,5 \pm 1,8$ балла, находился в диапазоне низких показателей шкалы RX_1 (25–30 баллов) (табл. 4.1.). Эмоциональное состояние испытуемых данной группы в момент исследования характеризовалось ровным, спокойным фоном настроения, присутствовало ощущение психического комфорта, уверенности в себе, была отмечена удовлетворенность актуальной жизненной ситуацией, оптимистической оценкой перспективы. Низкий уровень реактивной тревожности, по данным литературы [115], положительно соотносится с адекватным характером когнитивных оценок, устойчивым, уравновешенным рисунком поведения, отсутствием повышенной чувствительности, рефлексивности, социальной зависимости, конформности, сверхконтроля.

У бывших военнослужащих без признаков АР средний групповой балл по шкале Личностной тревожности (RX_2) был равен величине $23,5 \pm 1,4$ балла (табл. 4.1.), т.е. находился в диапазоне очень низких показателей шкалы RX_2 (20–24 балла). Балл отражал наличие у испытуемых «очень низкого уровня личностной тревожности». Такой уровень предполагает отсутствие склонности воспринимать широкий диапазон ситуаций как угрожающие собственному престижу, самооценке, самоуважению [115]. Вероятность возникновения состояния тревожности в социальных ситуациях у всех испытуемых оценивалась как незначительная, хотя и не исключалось её появление в отдельных, особо важных и лично-значимых случаях или в ситуации физической угрозы. Испытуемые данной группы при обследовании демонстрировали черты уверенности, решительности, самостоятельности, независимости. Низкое значение шкалы RX_2 в $STAI$, по данным литературы [115], положительно соотносится с отсутствием склонности к повышенному самоконтролю и рефлексии, что определяет спонтанное, непосредственное проявление эмоций в поведении, свободную самореализацию.

У бывших военнослужащих с АР средний групповой балл по шкале RX_1 был равен величине $49,50 \pm 2,6$ балла, т.е. находился в диапазоне высоких показателей шкалы RX_1 (46–60 баллов) (табл. 4.1.). Величина установленного балла отражала наличие высокого уровня тревожности как актуального психического состояния.

Средний групповой балл по шкале RX_2 у пациентов с АР был равен величине $45,65 \pm 2,4$ балла, т.е. критично приближался к диапазону высоких шкальных показателей RX_2 (46–60 баллов) (табл. 4.1.). В поведении это проявлялось чертами неуверенности в себе, нерешительности, склонности к сомнениям и колебаниям в ситуации выбора, к повышенному самоконтролю и самокритичности. По данным литературы [115], повышенный уровень личностной тревожности соотносится со сниженной самооценкой, тенденцией к формированию чувства вины и собственной несостоятельности, повышенной эмоциональной откликаемостью и лабильностью, чувствительностью, впечатлительностью, рефлексивностью.

Величины средних значений $STAI$ у пациентов с различными вариантами АР представлены в табл. 4.2.

Таблица 4.2.

**Средние значения $STAI$ у пациентов с различными вариантами
адаптационного расстройства, баллы, $M \pm m$**

№	Вариант АР	Шкала RX_1	Шкала RX_2
1	Поведенческий вариант АР	$45,0 \pm 1,8^1$	$44,5 \pm 1,6^3$
2	Аффективный вариант АР	$54,0 \pm 4,2^2$	$46,8 \pm 2,0^4$

Примечание: достоверность различий: $^{1-2} - p < 0,01$; $^{3-4} - p < 0,05$.

У бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР средний групповой балл по шкале RX_1 был равен $45,0 \pm 1,8$ балла, т.е. относился к

диапазону умеренных шкальных показателей RX_1 (31–45 баллов) (табл. 4.2.). Средний групповой балл по шкале RX_2 был равен $44,50 \pm 1,6$ балла и также находился в диапазоне умеренных показателей шкалы RX_2 (табл. 4.2.). В исследовании был выявлен умеренный уровень тревожности как особенности настоящего психического состояния, и как устойчивой личностной особенности. Полученные результаты отражают преимущественный эмоционально-личностный фон пациентов с данным вариантом АР, их умеренно-выраженную предрасположенность к тревожным реакциям, проявившимся в ситуации настоящего исследования.

У бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР средний групповой балл по шкале RX_1 был равен $54,0 \pm 4,2$ балла, т.е. относился к диапазону высоких шкальных показателей RX_1 (46–60 баллов) (табл. 4.2.). Средний групповой балл по шкале RX_2 был равен $46,8 \pm 2,0$ балла, и также относился к диапазону высоких показателей шкалы RX_2 (табл. 4.2.). В исследовании был выявлен высокий уровень реактивной тревожности (тревожности, характеризующей настоящее психическое состояние) у высокотревожных личностей. Выраженная актуальная тревожность соответствовала личностной predisпозиции у испытуемых и рассматривалась как ситуационная реакция на значимую психотравмирующую ситуацию у личностей, склонных к тревожным реакциям.

Между признаками «высокая реактивная тревожность», «адаптационное расстройство», «аффективный вариант адаптационного расстройства» были установлены положительные корреляции. Теснота связи между признаками «высокая реактивная тревожность» и «адаптационное расстройство» оценивалась как слабо-выраженная (коэффициент корреляции Спирмена $r_s = 0,3$, при $p < 0,05$). Теснота связи между признаками «высокая реактивная тревожность» и «аффективный вариант адаптационного расстройства» оценивалась как умеренно-выраженная (коэффициент корреляции Спирмена

$r_s = 0,42$, при $p < 0,05$). Положительная корреляция была также установлена между признаками «высокая личностная тревожность» и «аффективный вариант адаптационного расстройства». Теснота связи между признаками «высокая личностная тревожность» и «аффективный вариант адаптационного расстройства» оценивалась как умеренно-выраженная (коэффициент корреляции Спирмена $r_s = 0,64$, при $p < 0,05$).

По результатам изучения характеристик актуальной и личностной тревожности с помощью *STAI* были сделаны следующие обобщения:

-У бывших военнослужащих с признаками АР на момент исследования общий уровень тревожности характеризовался как повышенный (высокие средние значения шкалы реактивной тревожности (> 46 баллов), повышенные средние значения шкалы личностной тревожности (> 45 , но < 46 баллов)).

-У бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР общий уровень тревожности характеризовался как умеренно-выраженный (средние значения шкал реактивной и личностной тревожности – в интервале 41–45 баллов).

-У бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР общий уровень тревожности характеризовался как высокий (средние значения шкал реактивной и личностной тревожности > 46 баллов).

-Высокая реактивная тревожность идентифицирована как общая нозоспецифическая мишень психотерапии адаптационных расстройств в изученном контингенте бывших военнослужащих с АР ($r_s = 0,3$).

-Высокая реактивная тревожность идентифицирована как нозоспецифическая мишень психотерапии аффективного варианта адаптационного расстройства в изученном контингенте бывших военнослужащих с АР ($r_s = 0,42$).

-Высокая личностная тревожность идентифицирована как психотерапевтическая мишень, специфичная для личности пациента с

аффективным вариантом АР в изученном контингенте бывших военнослужащих с АР ($r_s = 0,64$).

4.2. Результаты изучения депрессии

Выраженность депрессивной симптоматики изучалась с помощью Самооценочной шкалы депрессии Зунга (Zung, 1965) (Self-Rating Depression – *SDS*). При оценивании суммарных оценок по Шкале *SDS* соотносили показатель шкалы с характеристиками состояния испытуемых. Показатель шкалы менее 50 баллов квалифицировали как состояние «в пределах нормы», 50–59 баллов – как «наличие легкой депрессии», 60–69 баллов – как «наличие умеренной депрессии», 70 и более баллов – как «наличие выраженной депрессии» [115].

При интерпретации данных вносили поправку на удельный вес каждого из используемых в шкале симптомов, выражаемую специальным коэффициентом (*SDS*) [116], который рассчитывался по формуле: *SDS* равен сумма баллов, полученная при заполнении испытуемыми шкалы разделенная на 80 баллов (максимально возможный суммарный шкальный показатель). Установленное в итоге значение *SDS* сопоставлялось со средним значением стандартной оценки тяжести депрессии [116].

На момент исследования у военнослужащих без признаков АР отсутствовали: сниженный фон настроения, физиологические признаки депрессии, а также психологические переживания, сопровождающие депрессивный аффект. Настроение у всех испытуемых имело ровный, устойчивый характер, уровни активности, работоспособности, интересов (эмоциональной вовлеченности), а также самооценки и уверенности в будущем были не снижены. Данный вывод подтверждался величиной среднего «сырого» балла по группе, который был равен $25,50 \pm 1,8$ и средним значением величины

SDS (0,32) (табл. 4.3.).

Таблица 4.3.

Средние значения «сырых» баллов Шкалы *SDS* и Средние значения Индекса *SDS* в группах сравнения, баллы, $M \pm m$

Средние значения Шкалы <i>SDS</i> , «сырые баллы»	Группы сравнения		Уровень значимости, <i>p</i>
	основная группа, <i>n</i> = 99	контрольная группа, <i>n</i> = 30	
	52,67 ± 2,2	25,50 ± 1,8	0,001
Средние значения Индекса <i>SDS</i>	0,66	0,32	0,01

На момент исследования, в структуре психического состояния военнослужащих с признаками АР определялись: снижение (и колебание) фона настроения, уровня активности, работоспособности, побуждений и способности к адекватному эмоциональному реагированию (эмоциональной вовлеченности), сопровождающиеся переживанием недостаточной ценности собственной личности, пессимистичной оценкой перспективы, психастеническими затруднениями в ситуациях принятия решений и межличностного взаимодействия; представлены физиологические компоненты депрессии. Было сделано заключение об отчетливо сниженном фоне настроения (легкой степени депрессии) у испытуемых с АР. Данный вывод подтверждался величинами среднего «сырого» балла по группе, который был равен $52,67 \pm 2,2$ балла и средним значением величины *SDS* равным 0,66 балла (табл. 4.3.).

Результаты применения Шкалы *SDS* у пациентов с различными вариантами адаптационного расстройства отражены в табл. 4.4. Между признаками «легкая депрессия», «адаптационное расстройство», «аффективный вариант адаптационного расстройства» были установлены положительные корреляции. Теснота связи оценивались как умеренно выраженная между признаками: «легкая депрессия» и «адаптационное расстройство»

(коэффициент корреляции Спирмена $r_s = 0,41$, при $p < 0,05$), между признаками «легкая депрессия» и «аффективный вариант адаптационного расстройства» (коэффициент корреляции Спирмена $r_s = 0,46$, при $p < 0,05$).

Таблица 4.4.

Результаты применения Шкалы SDS у пациентов с различными вариантами адаптационного расстройства (АР), $M \pm m$

Вариант АР	Средний балл SDS	Коэффициент SDS
Поведенческий вариант АР	48,50 ¹	0,61
Аффективный вариант АР	56,83 ²	0,71

Примечание: достоверность различий: ¹⁻² – $p < 0,05$.

Ненормативный (повышенный) уровень выраженности депрессии был определен как феномен, требующий редукции, т.е. идентифицирован в качестве нозоспецифической мишени психотерапии в изученном контингенте.

По результатам применения Шкалы SDS в группах и подгруппах сравнения были сделаны следующие обобщения:

-Депрессия у бывших военнослужащих основной группы (с АР) характеризовалась как «легкая, невротического уровня» (Индекс SDS = 0,66).

-У пациентов с поведенческим вариантом АР депрессия отсутствовала (Индекс SDS = 0,61), а среди пациентов с АР, была максимальной у лиц с аффективным вариантом АР (Индекс SDS = 0,71).

-Легкая депрессия невротического уровня (Индекс SDS = 0,66; $r_s = 0,41$) определена как общая нозоспецифическая мишень психотерапии для пациентов с АР основной группы.

-Легкая депрессия невротического уровня (Индекс SDS = 0,71; $r_s = 0,46$) определена как нозоспецифическая мишень психотерапии у военнослужащих основной группы с аффективным вариантом адаптационного расстройства.

4.3. Обобщения к подразделам 4.1. и 4.2.

По результатам сравнительного изучения актуального психического состояния бывших военнослужащих с помощью Шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (Ю.Л. Ханин, 1976, адаптация) и Самооценочной шкалы депрессии Зунга (Zung, 1965), были выделены следующие специфичные мишени психотерапии:

-Высокая реактивная тревожность ($r_s = 0,30$) и легкая депрессия невротического уровня ($r_s = 0,41$) идентифицированы как общие нозоспецифические мишени психотерапии для военнослужащих с адаптационными расстройствами из основной группы.

-Высокая реактивная тревожность ($r_s = 0,42$) и легкая депрессия невротического уровня ($r_s = 0,46$) идентифицированы как нозоспецифические мишени психотерапии для военнослужащих с аффективным вариантом адаптационного расстройства.

-Высокая личностная тревожность ($r_s = 0,64$) идентифицирована как психотерапевтическая мишень, специфичная для личности пациента с аффективным вариантом АР в изученном контингенте бывших военнослужащих с АР.

4.4. Результаты изучения темпераментальных характеристик

Значимые отличия между пациентами с АР и испытуемыми без признаков АР с помощью Опросника структуры темперамента (В.М. Русалов, 1990) были установлены по целому ряду параметров темперамента (табл. 4.5.). Усредненное по основной группе значение шкалы «Эргичность» (ЭР) оценивалось как сниженное «среднее» ($5,00 \pm 0,8$ баллов), тогда как

аналогичное значение ЭР в контрольной группе – как «высокое» ($9,10 \pm 0,5$ баллов). Предметная эргичность в 1,82 раз была менее выражена у пациентов с АР по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

Таблица 4.5.

Средние значения шкал Опросника структуры темперамента (ОСТ) у пациентов с АР и испытуемых контрольной группы (баллы, $M \pm m$)

Шкалы ОСТ	Основная группа, $n = 99$	Контрольная группа, $n = 30$
Эргичность (ЭР)	$5,00 \pm 0,8^1$	$9,10 \pm 0,5^2$
Социальная эргичность (СЭР)	$4,00 \pm 0,7^3$	$7,40 \pm 0,6^4$
Пластичность (П)	$4,20 \pm 0,9^5$	$7,50 \pm 0,6^6$
Социальная пластичность (СП)	$4,45 \pm 0,8^7$	$7,40 \pm 0,7^8$
Темп (Т)	$7,70 \pm 0,8^9$	$7,70 \pm 0,7^{10}$
Социальный темп (СТ)	$5,00 \pm 1,0^{11}$	$5,50 \pm 0,4^{12}$
Эмоциональность (ЭМ)	$9,00 \pm 0,7^{13}$	$4,70 \pm 0,7^{14}$
Социальная эмоциональность (СЭ)	$8,95 \pm 0,5^{15}$	$5,90 \pm 0,6^{16}$

Примечание: уровень значимости: $^{1-2} - p = 0,001$; $^{3-4} - p = 0,054$; $^{5-6} - p = 0,005$; $^{7-8} - p = 0,005$; $^{8-10} - p = 0,864$; $^{11-12} - p = 0,612$; $^{13-14} - p = 0,001$; $^{15-16} - p = 0,001$.

Высокое значение эргичности (ЭР) (> 9 баллов) характеризовало испытуемых контрольной группы как высокоактивных, работоспособных, энергичных, предпочитающих деятельность, требующую напряжения сил и способностей [117]. Сниженное «среднее» значение ЭР, напротив, характеризовало пациентов с АР как людей избирательных в проявлениях активности, не избегающих напряженной работы, но недостаточно инициативных в поисках сфер приложения своих способностей. После утомительной, монотонной работы респонденты с таким показателем ЭР

нуждались в продолжительном отдыхе для восстановления сил и энергии.

Значения социальной эргичности (СЭР) в сравниваемых группах оценивались как «средние»: критично сниженные «средние» у пациентов с АР ($4,00 \pm 0,7$ баллов) и повышенные «средние» ($7,4 \pm 0,6$ баллов) у испытуемых контрольной группы. Средние значения СЭР характеризовали обследованных как людей избирательных в установлении контактов. Они легко находили общий язык с теми, кто хорошо знаком, близок по духу, интересам. Но общение с малознакомыми людьми требовало от них преодоления напряжения, смущения, неуверенности. Критические замечания, шутки могли вызвать кратковременное раздражение. Социальная эргичность была в 1,85 раз менее выражена у пациентов с АР по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Значения пластичности (П) в сравниваемых группах оценивались как «средние»: сниженные «средние» у пациентов с АР ($4,2 \pm 0,9$ баллов) и повышенные «средние» ($7,5 \pm 0,6$ баллов) у здоровых испытуемых (табл. 4.5.). «Средние» значения «П» характеризовали обследованных как лиц со средними возможностями переключения с одного вида деятельности на другой, со средне-выраженной способностью перехода с одних форм мышления на другие в процессе взаимодействия с предметной средой. Из табл. 4.5. следует, что пластичность была в 1,79 раз менее выражена у пациентов с АР по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Значения социальной пластичности (СП) в сравниваемых группах также оценивались как «средние»: сниженные «средние» у пациентов с АР ($4,45 \pm 0,8$ баллов) и повышенные «средние» ($7,4 \pm 0,7$ баллов) у здоровых испытуемых (табл. 4.5.). Средне-выраженные значения СП характеризовали обследованных как лиц, не испытывающих особых трудностей в подборе форм социального взаимодействия, выявляющих средне-выраженный уровень готовности к вступлению в социальные контакты и способности к поддержанию монотонных контактов. Вместе с тем, из табл. 4.5. следует, что социальная пластичность

была в 1,66 раз менее выражена у пациентов с АР по сравнению с бывшими военнослужащими контрольной группы.

Значения по параметру эмоциональность (ЭМ) в сравниваемых группах оценивались как высокие «средние» у пациентов с АР ($9,00 \pm 0,7$ баллов) и пониженные «средние» ($4,70 \pm 0,7$ баллов) у испытуемых контрольной группы (табл. 4.5.). Полученные данные характеризовали пациентов с АР как лиц с повышенной чувствительностью к расхождению между задуманным и ожидаемым, планируемым и результатами реального действия, склонных к переживанию ощущения неуверенности, тревоги, неполноценности, проявляющих повышенное беспокойство по поводу работы, повышенную чувствительность к неудачам. Средне-сниженные значения ЭМ характеризовали испытуемых контрольной группы как лиц со средне-выраженной готовностью к эмоциональному реагированию на неудачи, проявляющих сниженную чувствительность к неукладу дела, относительное спокойствие, уверенность в себе.

Значение по параметру социальная эмоциональность (СЭ) оценивалось как повышенное «среднее» у пациентов с АР ($8,95 \pm 0,5$ баллов) и «среднее» у здоровых испытуемых (табл. 4.5.). Социальная эмоциональность отражает эмоциональную чувствительность в коммуникативной сфере [117]. Установленные повышенные «средние» значения СЭ у пациентов с АР позволили характеризовать их как лиц с повышенной эмоциональностью в коммуникативной сфере, повышенной чувствительностью к неудачам в общении, оценкам сослуживцев, иных значимых лиц. Из табл. 4.5. следует, что социальная эмоциональность была в 1,52 раза более выражена у пациентов с АР по сравнению с бывшими военнослужащими контрольной группы.

Обобщая результаты изучения темпераментальных характеристик у обследованных в группах сравнения, можно заключить, что у пациентов с АР, по сравнению со здоровыми испытуемыми, оказались понижены показатели

социальной эргичности, пластичности и социальной пластичности; а уровень эмоциональности и социальной эмоциональности, напротив, был повышен. Не были обнаружены значимые различия по скорости выполнения действий и операций (параметр «темп», «социальный темп») (табл. 4.5.).

Значимые отличия также были установлены по целому ряду параметров темперамента у пациентов с ПВ АР (1-я подгруппа основной группы) и испытуемых без признаков АР (контрольная группа) (табл. 4.6.).

Таблица 4.6.

Средние значения шкал Опросника структуры темперамента (ОСТ) у пациентов с различными вариантами адаптационного расстройства и испытуемых контрольной группы (баллы, $M \pm m$)

ШкалыОСТ	1-я подгруппа основной группы, пациенты с ПВ АР, $n = 46$	Контрольная группа, испытуемые без признаков АР, $n = 30$	2-я подгруппа основной группы, пациенты с АВ АР, $n = 53$
Эргичность (ЭР)	$5,80 \pm 0,9^1$	$9,10 \pm 0,5^2$	$4,20 \pm 0,9^{15}$
Социальная эргичность (СЭР)	$4,20 \pm 0,9^3$	$7,40 \pm 0,6^4$	$3,80 \pm 0,8^{16}$
Пластичность (П)	$4,30 \pm 0,9^5$	$7,50 \pm 0,6^6$	$4,10 \pm 0,9^{17}$
Социальная пластичность (СП)	$4,70 \pm 0,8^7$	$7,40 \pm 0,7^8$	$4,20 \pm 0,8^{18}$
Темп (Т)	$7,80 \pm 0,8^9$	$7,70 \pm 0,7^{10}$	$7,60 \pm 0,8^{19}$
Социальный темп (СТ)	$5,00 \pm 1^{11}$	$5,50 \pm 0,4^{12}$	$5,00 \pm 1,0^{20}$
Эмоциональность (ЭМ)	$8,90 \pm 0,7^{13}$	$4,70 \pm 0,7^{14}$	$9,10 \pm 0,7^{21}$
Социальная эмоциональность (СЭ)	$8,80 \pm 0,5^{15}$	$5,90 \pm 0,6^{16}$	$9,10 \pm 0,5^{22}$

Примечание: уровень значимости: $1-2 - p = 0,004$; $3-4 - p = 0,054$; $5-6 - p = 0,004$; $7-8 - p = 0,558$; $9-10 - p = 0,864$; $11-12 - p = 0,612$; $13-14 - p = 0,001$; $15-16 - p = 0,001$; $2-15 - p = 0,001$; $4-16 - p = 0,001$; $6-17 - p = 0,001$; $8-18 - p = 0,001$; $10-19 - p = 0,864$; $12-20 - p = 0,612$; $14-21 - p = 0,001$; $16-22 - p = 0,001$.

Прежде всего, следует отметить, что средние значения всех шкал Опросника структуры темперамента (ОСТ) у пациентов с ПВ АР находились в диапазоне средних значений (4–9 баллов). Среднее шкальное значение предметной эргичности (ЭР) у представителей 1-й подгруппы основной группы было оценено как сниженное «среднее» ($4,2 \pm 0,9$ баллов), находящееся в критической близости от области низких значений (3–4 балла) (табл. 4.6.).

Из табл. 4.6. также следует, что предметная эргичность (ЭР) в 1,57 раз была менее выражена у пациентов с ПВ АР, по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

Значение социальной эргичности (СЭР) у представителей 1-й подгруппы основной группы оценивалось как сниженное «среднее» ($4,2 \pm 0,9$ баллов) (табл. 4.6.). Социальная эргичность была в 1,76 раз менее выражена у пациентов с ПВ АР, по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Значение пластичности (П) у представителей 1-й подгруппы оценивалось как сниженное «среднее» ($4,3 \pm 0,9$ баллов) (табл. 4.6.). Пластичность была в 1,74 раза менее выражена у пациентов с ПВ АР, по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Значение социальной пластичности (СП) у представителей 1-й подгруппы основной группы было оценено как сниженное «среднее» ($4,7 \pm 0,8$ баллов) (табл. 4.6.). Социальная пластичность была в 1,57 раз менее выражена у пациентов с ПВ АР, по сравнению с испытуемыми контрольной группы.

Значение по параметру эмоциональность (ЭМ) у представителей 1-й подгруппы основной группы оценивалось как повышенное «среднее» ($8,9 \pm 0,7$ баллов) (табл. 4.6.). Эмоциональность была в 1,89 раза более выражена у пациентов с ПВ АР, по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Значение по параметру социальная эмоциональность (СЭ) у представителей 1-й подгруппы основной группы оценивалось как повышенное

«среднее» ($8,8 \pm 0,5$ баллов) (табл. 4.6.). Социальная эмоциональность была в 1,49 раз более выражена у пациентов с ПВ АР по сравнению со здоровыми испытуемыми. Обобщая результаты изучения темпераментальных характеристик у обследованных в 1-й подгруппе основной группы, можно заключить, что у пациентов с ПВ АР, по сравнению со здоровыми испытуемыми, оказались понижены показатели социальной эргичности, пластичности и социальной пластичности; а уровень эмоциональности и социальной эмоциональности, напротив, был повышен. Не были обнаружены значимые различия по скорости выполнения действий и операций (параметр «темп», «социальный темп») (табл. 4.6.).

Значимые отличия по целому ряду параметров темперамента были также установлены у пациентов с аффективным вариантом АР (2-я подгруппа основной группы) и испытуемыми без признаков АР (контрольная группа) (табл. 4.6.).

Прежде всего, следует отметить, что средние значения большинства шкал ОСТ у пациентов с АВ АР находились в диапазоне средних значений (4–9 баллов) (кроме шкал СЭР, ЭМ и СЭМ).

Усредненное значение по шкале «Эргичность» равное $4,2 \pm 0,8$ балла (табл. 4.6.), оценивалось как сниженное «среднее», находящееся в критической близости от области низких значений (3–4 балла). Предметная эргичность была в 2,17 раз менее выражена у пациентов с АВ АР, по сравнению с испытуемыми контрольной группы. Также из табл. 4.6. следует, что самый низкий показатель предметной эргичности среди пациентов с АР был установлен у лиц с АВ АР.

Значение по шкале «Социальная эргичность» ($3,8 \pm 0,8$ балла) оценивалось как низкое (< 4 баллов) (табл. 4.6.) и характеризовало пациентов с АВ АР как лиц с невыраженной потребностью в социальных контактах, склонных к уходу от социально-активных форм поведения, замкнутых, социально пассивных, не склонных к лидерству. Пациенты с низкими

значениями социальной эргичности испытывают затруднения в общении. Контакты с незнакомыми и авторитетными людьми вызывают у них повышенное напряжение. Круг общения ограничен, в него преимущественно входят люди, близкие по интересам и ценностным ориентациям. Лица с низкой социальной эргичностью ранимы, чувствительны к критическим замечаниям. Шутки в свой адрес нередко воспринимают как оскорбления [117]. Из табл. 4.6. следует, что социальная эргичность была в 1,95 раз менее выражена у пациентов с АВ АР, по сравнению с испытуемыми контрольной группы. Также из табл. 4.6. следует, что самый низкий показатель социальной эргичности среди бывших военнослужащих с АР был установлен у пациентов с АВ АР.

Значение по шкале «Пластичность» ($4,1 \pm 0,9$ балл) (табл. 4.6.) оценивалось как сниженное «среднее», находящееся в критической близости от области низких значений (3–4 балла), что позволило характеризовать пациентов с АВ АР, как лиц со сниженными средними возможностями переключения с одного вида деятельности на другой, склонных к монотонной работе, тяготеющих к консервативным формам деятельности, со средне-выраженной способностью перехода с одних форм мышления на другие в процессе взаимодействия с предметной средой. Из табл. 4.6. также следует, что пластичность в 1,83 раз менее выражена у пациентов с АВ АР, по сравнению с испытуемыми без признаков АР. Среди пациентов с АР самый низкий показатель пластичности установлен у лиц АВ АР.

Значение по шкале «Социальная пластичность» ($4,2 \pm 0,8$ балла) (табл. 4.6.) оценивалось как сниженное среднее, находящееся в критической близости от области низких значений (3–4 балла). Критично сниженное среднее по данной шкале указывало на напряженность в подборе форм социального взаимодействия, сниженный уровень готовности к вступлению в социальные контакты, тенденцию к сохранению монотонных ранее установленных социальных контактов, определенные затруднения в установлении новых

социальных связей. Из данных табл. 4.6. также следует, что социальная пластичность в 1,76 раз была менее выражена у пациентов с АВ АР, по сравнению с испытуемыми контрольной группы. Среди бывших военнослужащих с АР самый низкий показатель социальной пластичности установлен у лиц с АВ АР (табл. 4.6.).

Установленное значение по шкале «Эмоциональность» ($9,1 \pm 0,7$ баллов) (табл. 4.6.) оценивалось как «высокое» (> 9 баллов) и характеризовало пациентов с АВ АР как лиц с высокой чувствительностью к расхождению между задуманным и ожидаемым, планируемым и результатами реального действия, привычно переживающих ощущение неуверенности, тревоги, неполноценности, проявляющих высокое беспокойство по поводу работы, высокую чувствительность к неудачам.

Значение по шкале «Социальная эмоциональность» ($9,1 \pm 0,5$ баллов) (табл. 4.6.) также оценивалось как «высокое» (> 9 баллов) и характеризовало пациентов с АВ АР как лиц с высокой эмоциональностью в коммуникативной сфере, высокой чувствительностью к неудачам в общении, оценкам сослуживцев, часто демонстрирующих неуверенность в ситуациях общения.

Анализ показателей, дифференцирующих параметры темперамента у пациентов и испытуемых сравниваемых групп и подгрупп (табл. 4.5. и 4.6.), показал, что у пациентов с признаками АР, в сравнении с испытуемыми без таковых признаков, менее выражена потребность в деятельном освоении предметного мира, ниже уровень тонуса и вовлеченности в процесс деятельности (показатели параметра «эргичность» снижены). Самый низкий показатель предметной и социальной эргичности среди военнослужащих с АР установлен у пациентов с АВ АР. Все бывшие военнослужащие с АР испытывали трудности при переключении с одного предмета деятельности на другой, при изменении способов мышления в процессе взаимодействия с предметной средой (показатели параметра «пластичность» снижены). Самый

низкий показатель предметной и социальной пластичности среди бывших военнослужащих с АР установлен у пациентов с АВ АР. При этом, у бывших военнослужащих с АР была установлена повышенная чувствительность к несовпадению ожидаемых и достигнутых результатов и в предметной, и в коммуникативной сферах деятельности (эмоциональность, социальная эмоциональность). Самые высокие показатели эмоциональности и социальной эмоциональности были установлены у лиц с АВ АР. Эмоциональность в 1,94 раза, а социальная эмоциональность в 1,54 раза были выше у пациентов с аффективным вариантом АР, по сравнению с испытуемыми без признаков АР.

Отмеченная выраженность особенностей темперамента в предметной деятельности и социальном взаимодействии подтверждается и значениями более обобщенных индексов методики ОСТ (табл. 4.7.). Полученные в ходе исследования данные, позволяют констатировать наличие значимых различий темпераментальных характеристик в группах бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами и без таковых. В частности, у военнослужащих с АР достоверно понижены такие обобщенные параметры темперамента, как уровень готовности к предметной деятельности и предметная активность. Индекс же общей эмоциональности у них значительно выше, чем у бывших военнослужащих без расстройства адаптации. За счет данных показателей у бывших военнослужащих с АР в целом снижен и индекс адаптивности – в 2,74 раза (у пациентов с поведенческим вариантом АР в 2,41 раза, у пациентов с аффективным вариантом АР в 3,20 раза). Максимально низкое значение индекса адаптивности ($10,7 \pm 1,84$) среди представителей основной группы установлено у бывших военнослужащих с аффективным вариантом расстройства адаптации.

Таблица 4.7.

Средние значения индексов методики ОСТ у пациентов и испытуемых в группах и подгруппах сравнения (баллы, $M \pm m$)

Индексы ОСТ	Группы, подгруппы		
	Бывшие воен- нослужащие с ПВ АР, $n = 46$	Бывшие воен- нослужащие без АР, $n = 30$	Бывшие воен- нослужащие с АВ АР, $n = 53$
Общей эмоциональности ($ИОЭ = ЭМ + СЭМ$)	$17,7 \pm 1,0^1$	$10,6 \pm 1,2^2$	$18,2 \pm 1,4^{17}$
Общего темпа ($ИОТ = Т + СТ$)	$12,8 \pm 1,3^3$	$13,2 \pm 0,9^4$	$12,6 \pm 1,4^{18}$
Уровня готовности к предметной деятельности ($ИУГ/П/ = ЭР + П$)	$10,1 \pm 1,4^5$	$16,6 \pm 0,95^6$	$8,3 \pm 1,2^{19}$
Уровня готовности к социальной деятельности ($ИУГ/С = СЭР + СП$)	$8,9 \pm 1,4^7$	$14,8 \pm 1,1^8$	$8,0 \pm 1,2^{20}$
Предметной активности ($ИПА = ЭР + П + Т$)	$17,9 \pm 1,9^9$	$24,3 \pm 1,3^{10}$	$15,9 \pm 1,8^{21}$
Социальной активности ($ИСА = СЭР + СП + СТ$)	$13,9 \pm 1,9^{11}$	$20,3 \pm 1,3^{12}$	$13,0 \pm 1,8^{22}$
Общей активности ($ИОА = ИПА + ИСА$)	$31,8 \pm 3,3^{13}$	$44,6 \pm 2,3^{14}$	$28,9 \pm 3,2^{23}$
Адаптивности $ИА = /ИПА-ОЭ/ + ИСА$	$14,1 \pm 1,97^{15}$	$34,0 \pm 2,4^{16}$	$10,7 \pm 1,84^{24}$
	ИА по основной группе (АР) = $12,4 \pm 2,12$		

Примечание: уровень значимости (p): $^{1-2} - p$ и $^{2-17} - p = 0,001$; $^{3-4} - p = 0,768$; $^{5-6} - p$ и $^{7-19} - p = 0,001$; $^{7-8} - p = 0,446$; $^{9-10} - p$ и $^{10-21} - p = 0,010$; $^{11-12} - p = 0,422$; $^{13-14} - p$ и $^{14-23} - p = 0,055$; $^{15-16} - p = 0,014$; $^{4-18} - p = 0,760$; $^{8-20} - p = 0,568$; $^{12-22} - p = 0,486$; $^{16-24} - p = 0,010$.

4.5. Обобщение к подразделу 4.4.

-Установленные с помощью методики ОСТ неоптимальные темпераментальные характеристики (табл. 4.2.) были оценены как индивидуально-психологические качества, повышающие уязвимость пациентов с АР к действию социогенных стрессовых факторов.

-Установлена высокая теснота связи между признаку: «неоптимальные темпераментальные характеристики» и АР ($r_s = 0,78, p < 0,01$).

-Неоптимальные темпераментальные характеристики, а именно: сниженная социальная эргичность ($r_s = 0,71$, здесь и далее: при $p < 0,01$), снижена общая ($r_s = 0,72$) и социальная ($r_s = 0,74$) пластичность, повышенные общая ($r_s = 0,78$) и социальная ($r_s = 0,74$) эмоциональность, снижена готовность к предметной деятельности ($r_s = 0,71$) и предметной активности ($r_s = 0,72$) были идентифицированы как общие психотерапевтические мишени, которые являются специфическими для личности пациента с АР в исследованной выборке.

4.6. Результаты изучения выраженности субъективного контроля

Выраженность субъективного контроля у военнослужащих групп и подгрупп сравнения изучали с помощью Опросника уровня субъективного контроля (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1993).

При оценивании результатов был использован алгоритм интерпретации, предложенный О.Ю. Щелковой и К.Р. Червинской [115]. Полученные данные отражены в табл. 4.8. Из данных табл. 4.8., следует, что в основной группе уровень субъективного контроля (УСК) характеризовался как пониженный, низкий и умеренный, у большинства пациентов (40,40%) – как пониженный. Низкий УСК был отмечен у части (34,34%) и исключительно у пациентов с

аффективным вариантом АР (2-я подгруппа основной группы). В контрольной группе УСК характеризовался как высокий и повышенный, у большинства (63,33%) испытуемых – как высокий. Преобладание пониженного и низкого УСК у военнослужащих с АР отличало их от военнослужащих без признаков АР.

Таблица 4.8.

Распределение пациентов основной группы и испытуемых контрольной группы относительно степени выраженности субъективного контроля, %

Группы сравнения	Уровень субъективного контроля личности				
	Высокий 8–10 стенов	Повышенный 7 стенов	Умеренный 5–6 стенов	Пониженный 4 стена	Низкий 1–3 стена
Основная группа, $n = 99$	-	-	25,25	40,40	34,34
1-я подгруппа, $n = 46$	-	-	25,25	21,21	-
2-я подгруппа, $n = 53$	-	-	-	19,19	34,34
Контрольная группа, $n = 30$	63,33 ¹	36,67 ²	-	-	-

Примечание: достоверность внутригрупповых различий: $^{1-2} - p < 0,01$.

В группе пациентов с АР большинство стандартизованных показателей УСК находились в зоне средних значений – от 4 до 6 стенов (табл. 4.9.). Отклонение от средних значений (ненормативность) той или иной шкале УСК указывает на проблемность сфер, которые шкала отражает [115]. В нашем исследовании у пациентов с АР ненормативно сниженными были шкалы: интернальность в области производственных отношений (Ип) – $3,78 \pm 0,24$ и интернальность в отношении здоровья и болезни (Из) – $3,90 \pm 0,29$. Снижение

нормативности средних значений указанных шкал очерчивало сферу характерных проблем у лиц с АР, поскольку они склонны считать, что степень контроля посредством собственных усилий и действий у них снижена в профессиональной деятельности и в области здоровья.

Таблица 4.9.

Шкальные средние значения показателей УСК у военнослужащих с адаптационными расстройствами (стенны), $M \pm m$

Шкалы	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
$M \pm m$	4,33 ± 0,26	5,08 ± 0,26	4,03 ± 0,27	4,11 ± 0,26	3,78 ± 0,24	5,11 ± 0,27	3,90 ± 0,29

Внешний локус контроля в области производственных отношений свидетельствует о том, что военнослужащие с АР считают свои действия маловажным фактором в организации и осуществлении профессиональной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе. Они скорее склонны приписывать более важное значение внешним обстоятельствам – руководству, коллегам по работе, везению-невезению.

Субъективное ощущение компетентности и эффективности зависит от того, как испытуемые объясняют собственные неудачи – как случайность или как необходимость изменить способ решения проблемы [115]. В последнем случае испытуемые демонстрируют отсутствие инициативы даже в тех случаях, когда объективно возможно изменить затруднительную ситуацию, они остаются пассивными в преодолении трудностей, оказавшись в сложной жизненной ситуации, хуже адаптируются к новым условиям.

Невысокие показатели шкалы интернальности в отношении здоровья и болезни (Из < 4 стенов) свидетельствуют о том, что обследованные пациенты с АР не склонны считать себя ответственными за свое здоровье, лишь в

незначительной степени осознают каким образом их паттерны мышления и поведения, стереотипы эмоционального реагирования способствуют возникновению, развитию и сохранению признаков АР.

Наиболее высокие показатели, в сравнении с остальными, диагностировались по шкалам интернальность в области межличностных отношений (Им) – $5,11 \pm 0,27$ и интернальность в области достижений (Ид) – $5,08 \pm 0,26$ стенов. Показатель Им (относящийся к диапазону «умеренных» показателей) свидетельствовал о том, что военнослужащие с АР в целом считают себя в силах контролировать свои неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию, они считают себя способными самостоятельно формировать свой круг общения, и не склонны считать установившиеся дружеские отношения результатом усилий своих партнеров по общению.

Средние показатели по шкале Ид соответствуют достаточному уровню субъективного контроля над эмоционально-положительными событиями и ситуациями. Обследованные пациенты с АР склонны считать, что их достижения являются по большей степени следствием их собственных усилий, у них определяется довольно высокая субъективная оценка вероятности того, что их действия приведут к желаемому результату, так же как и оценка собственной способности осуществить такие действия.

Средний общий уровень ожидания успеха в каком-либо деле позволяет предположить, что пациенты с АР будут прикладывать усилия и смогут противостоять неудачам, стремясь к целям, которые представляются им возможными. Однако в тех случаях, когда пациенты с АР предполагают что их деятельность не будет успешна – в профессиональной сфере, например, с большой долей вероятности можно предположить, что они будут проявлять значительные усилия, чтобы защитить себя от риска потерпеть неудачу.

В группе военнослужащих без признаков АР большинство стандартизованных показателей УСК находились в зоне сверхнормативных (высоких) значений – от 8 до 10 стенов (табл. 4.10.). Итоговые результаты исследования степени выраженности субъективного контроля (значения шкал Ио) отражены в таблице 4.11.

Таблица 4.10.

Распределение средних шкальных показателей УСК у военнослужащих без адаптационных расстройств (стены), $M \pm m$

Шкалы	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
$M \pm m$	8,24 ± 0,29	8,58 ± 0,29	8,12 ± 0,29	8,08 ± 0,29	8,34 ± 0,29	8,15 ± 0,29	8,18 ± 0,29

Таблица 4.11.

Распределение средних шкальных показателей шкалы Ио Опросника уровня субъективного контроля (УСК) в группах и подгруппах сравнения (стены), $M \pm m$

Шкала Ио	Группы, подгруппы сравнения			
	1-я подгруппа основной группы	2-я подгруппа основной группы	основная группа	контрольная группа
$M \pm m$	5,62 ± 0,28	3,05 ± 0,21	4,33 ± 0,26	8,24 ± 0,29

На основании результатов изучения степени выраженности субъективного контроля (значение шкалы Ио = 4,33 ± 0,26 стенов) у представителей основной группы были сделаны следующие предположения:

- в самосознании пациентов с АР отражается сниженная способность к эффективному освоению внешней действительности, контролю и управлению значимыми жизненными ситуациями, которые предпочтительно

рассматриваются как следствие случайностей, везения или невезения, давления окружающих и других внешних причин;

-пациенты с АР имеют сниженный уровень принятия себя как личности, недостаточно удовлетворены своими личностными качествами, уровнем достижений и компетентности;

-в социальных отношениях пациенты с АР проявляют тенденцию воспринимать себя как зависимыми, конформными, подчиняемыми, малопривлекательными и отвергаемыми;

-в поведении пациентов с АР в целом проявляется тенденция к субдоминантности, склонности к неуверенности, нерешительности, безинициативности, повышенной эмоциональной неустойчивости и напряженности в сочетании с пониженным самоконтролем и социальной ненормативностью;

-пациенты с АР в целом проявляют пониженную способность к реализации принятой линии поведения, демонстрируют повышенную подверженность сбивающим факторам, пониженный уровень социальной ответственности и активности;

-прогнозируется повышенная легкость возникновения тревожных и депрессивных реакций, повышенная вероятность астенизации в сложных жизненных ситуациях.

На основании результатов исследования степени выраженности субъективного контроля (значение шкалы Ио = $5,62 \pm 0,28$ стенов) у представителей 1-й подгруппы основной группы (с поведенческим вариантом АР) были сделаны следующие предположения:

- в самосознании пациентов с ПВ АР отражается средне-выраженная (умеренная) способность к освоению внешней действительности, контролю и управлению значимыми жизненными ситуациями;

-пациенты с ПВ АР воспринимают в равной степени себя и своих

партнеров ответственными за значимые события и ситуации, складывающиеся в их жизни;

-в социальных отношениях пациенты с ПВ АР считают неформальные отношения зависящими как от их собственных установок и действий, так и от регулирующего влияния партнеров по межличностному взаимодействию;

-пациенты с ПВ АР в целом проявляют средне-выраженную способность к реализации принятой линии поведения, демонстрируют умеренную подверженность сбивающим факторам, пониженный уровень социальной ответственности и активности.

На основании результатов исследования степени выраженности субъективного контроля (значение шкалы Ио = $3,05 \pm 0,21$ стена) у пациентов с аффективным вариантом АР (2-я подгруппа основной группы) были сделаны следующие предположения:

- в самосознании пациентов с АВ АР отражается низкая способность к эффективному освоению внешней действительности, контролю и управлению значимыми жизненными ситуациями, которые рассматриваются как следствие случайностей, везения или невезения, давления окружающих и других внешних причин;

-пациенты с АВ АР имеют низкий уровень принятия себя как личности, не удовлетворены своими личностными качествами, уровнем достижений и компетентности;

-в социальных отношениях пациенты с АВ АР воспринимают себя зависимыми, конформными, подчиняемыми, малопривлекательными и отвергаемыми;

-в поведении пациентов с АВ АР проявляется неуверенность, нерешительность, безинициативность, а также эмоциональная неустойчивость и напряженность в сочетании с низким самоконтролем и социальной нормативностью;

-у пациентов с АВ АР проявляется неспособность к реализации принятой линии поведения, подверженность сбивающим факторам, пониженный уровень социальной ответственности и активности;

-прогнозируется легкость (или наличие в настоящем момент) тревожных и депрессивных реакций, вероятна астенизация.

На основании результатов исследования степени выраженности субъективного контроля (значение шкалы Ио = $8,24 \pm 0,29$ стена) у испытуемых контрольной группы были сделаны следующие предположения:

-в самосознании испытуемых без признаков АР в полной мере нашли отражение уверенность в себе как активном субъекте деятельности, способном управлять любыми значимыми ситуациями и нести за них полную ответственность. Испытуемые данной группы имели высокий уровень принятия себя как личности, осознавали себя носителями позитивных, социально-желательных характеристик. Поведение испытуемых контрольной группы имело доминантный, уверенный характер, основанный на ощущение силы, достоинства, независимости, самостоятельности, компетентности; особо следует подчеркнуть стеничность, упорство, целеустремленность, решительность, склонность рассчитывать исключительно на собственные силы в трудных ситуациях. Деятельность испытуемых без признаков АР характеризовалась как направленная на эффективное освоение внешней действительности; всем им была свойственна сверхнормативная (надролевая) активность – стремление по собственной инициативе выходить за предложенные рамки деятельности, идти на риск.

На основании изучения значений шкалы общей интернальности (Ио) и профиля иных шкал УСК, было сделано заключение о наличии:

-высокого уровня субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями у всех бывших военнослужащих без признаков расстройства адаптации, о наличии у них высокого уровня социальной активности,

ответственности, самоуважения, развития волевых сторон личности, низкой тревожности и высокой эмоциональной устойчивости в сложных жизненных ситуациях;

-пониженного уровня субъективного контроля у бывших военнослужащих с АР;

-низком уровне субъективного контроля у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР.

При идентификации неоптимальных (пониженного и низкого) уровней субъективного контроля в качестве индивидуально-психологических качеств, повышающих уязвимость личности к действию социогенных стрессовых факторов, было принято во внимание, что неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля соотносится, по данным литературы [115], со сниженной способностью к эффективному освоению внешней действительности, контролю и управлению значимыми жизненными ситуациями; сниженным уровнем принятия себя как личности; тенденцией воспринимать себя как зависимых, конформных, подчиняемых, малопривлекательных и отвергаемых; тенденцией к субдоминантности, нерешительности, безинициативности, повышенной эмоциональной неустойчивостью в сочетании с пониженным самоконтролем; пониженной способности к реализации принятой линии поведения, повышенной подверженности сбивающим факторам, пониженным уровнем социальной ответственности и активности; повышенной легкостью возникновения тревожных и депрессивных реакций, повышенной вероятностью астенизации в сложных жизненных ситуациях); соответственно, неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля соотносится с низкой способностью к эффективному освоению внешней действительности, контролю и управлению значимыми жизненными ситуациями; низким уровнем принятия себя как личности; восприятием себя как зависимых, конформных, подчиняемых,

малопривлекательных и отвергаемых; выраженной субдоминантностью, нерешительностью, безинициативностью, высокой эмоциональной неустойчивостью в сочетании с низким самоконтролем; низкой способностью к реализации принятой линии поведения, высокой подверженности сбивающим факторам, низким уровнем социальной ответственности и активности; высоким возникновением тревожных и депрессивных реакций, высокой вероятностью астенизации в сложных жизненных ситуациях.

4.7. Обобщения к подразделу 4.6.

Установлены высокие тесноты связи между признаками «неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля» и АР ($r_s = 0,88; p < 0,01$) и «неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля» и АВ АР ($r_s = 0,94; p < 0,01$) позволили рассматривать неоптимальные (пониженный и низкий) уровни субъективного контроля в качестве феноменов, коррекция которых желательна, то есть в качестве специфических мишеней психотерапии.

«Неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля» был определен как психотерапевтическая мишень, которая является общей специфической для личности пациента с АР, а неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля – как психотерапевтическая мишень, которая является специфической для личности пациента с АВ АР в изученной выборке.

4.8. Результаты изучения психической ригидности

Психическая ригидность у бывших военнослужащих групп сравнения была изучена с помощью Томского опросника ригидности (Г.В. Залевский, 1993). В настоящем исследовании под психической ригидностью понимали

«трудность коррекции программы поведения в целом или ее отдельных элементов в связи с объективной необходимостью» [118]. Полагали, что «одним из условий психической целостности индивида и его психического здоровья является гибкость в оценке самого себя, а также в умении под напором опыта переоценивать ранее сложившуюся систему ценностей, учитывать «критерии практики» [118].

Распределение средних значений шкальных показателей Томского опросника ригидности (ТОР) у военнослужащих без признаков АР отражено в табл. 4.12., в группах и подгруппах сравнения представлено в табл. 4.13.

Таблица 4.12.

Распределение средних значений шкальных показателей Томского опросника ригидности (ТОР) у военнослужащих без признаков АР, %, $M \pm m$

Контрольная группа, $n = 30$		Значения шкал ТОР*						
абс. ч., чел.	отн. ч., %	СКР*	АР	СР	УР	РСО	ПМР	ШР
6	20,00	121,20	32,31	27,30	33,50	11,50	34,9	6,68
5	16,67	119,00	29,10	24,90	31,30	10,70	33,8	7,22
19	63,33	61,50	17,50	18,50	16,50	11,50	19,50	7,44
30	100,00	100,57 ± 2,2	26,30 ± 1,42	23,57 ± 1,22	27,10 ± 1,84	11,23 ± 1,17	29,40 ± 1,89	7,11 ± 1,05

Примечание: *Шкалы ТОР: СКР – симптомокомплекс ригидности, АР – актуальная ригидность, СР – сенситивная ригидность, УР – установочная ригидность, РСО – ригидность как состояние, ПМР – преморбидная ригидность, ШР – шкала реальности (то же – в последующих таблицах).

**Распределение средних значений шкальных показателей Томского
опросника ригидности (ТОР) у военнослужащих в группах и подгруппах
сравнения AP, %, $M \pm m$**

Шкалы	СКР	AP	CP	УР	PCO	ПМР	ШР
Контрольная группа, $n = 30$	100,57 ± 2,22 ¹	26,30 ± 1,42	23,57 ± 2,22	27,10 ± 1,84	11,23 ± 1,17	29,40 ± 1,89	7,11 ± 1,05
Основная группа, $n = 99$	134,81 ± 3,72 ²	37,81 ± 2,42	39,49 ± 2,52	26,50 ± 1,84	15,14 ± 1,17	42,85 ± 1,89	7,08 ± 1,05
1-я подгруппа, ПВ AP, $n = 46$	132,61 ± 2,77	37,46 ± 2,69	37,15 ± 2,79	23,61 ± 2,07	13,27 ± 1,42	41,50 ± 2,28	7,05 ± 0,90
2-я подгруппа, АВ AP, $n = 53$	137,61 ± 3,72	38,15 ± 2,42	41,82 ± 2,52	29,39 ± 1,84	17,00 ± 1,17	44,20 ± 1,89	7,10 ± 1,05

Примечание: ¹⁻² – t -критерий Стьюдента ($t = 2,024$; $p = 0,041$).

Из табл. 4.12. следует, что степень проявления психической ригидности у большинства (63,33%) военнослужащих контрольной группы характеризовалась как низкая (бальные оценки по всем шкалам располагались в интервале низких значений), у остальных (36,67%) – степень проявления психической ригидности характеризовалась как умеренная (бальные оценки по всем шкалам располагались в интервале умеренных значений). Степень проявления психической ригидности в целом по группе военнослужащих без расстройства адаптации характеризовалась как умеренно-выраженная (средние значения всех шкал ТОР располагались в интервале умеренных значений).

Как видно из табл. 4.13. среднегрупповые показатели большинства исследуемых параметров интенсивности психической ригидности у пациентов основной группы выше, чем у испытуемых контрольной. Наиболее высокими оказались результаты по следующим шкалам: симптокомплекс ригидности (высокая), ригидность как состояние (высокая), сензитивная ригидность (высокая), актуальная ригидность (высокая), преморбидная ригидность

(высокая). Такие показатели отражают как общую высокую психическую ригидность у военнослужащих с АР, так и тот факт, что при данном виде расстройства наиболее ригидируется сфера эмоций, настроения, самочувствия. Ригидность остро проявляется в ситуации эмоциональной захваченности в виде неспособности переключения на другой вид, ритм психической деятельности, выработанный страх перед новым. Иначе говоря, в данном случае можно говорить о психофизиологической основе психической ригидности в группе пациентов с АР. Кроме того, имеют место высокие показатели Шкалы преморбидной ригидности, что говорит о высоком значении при формировании такой картины дезадаптации раннего, донозологического устройства психической деятельности, существовании ригидности до появления признаков АР.

Высокие значения по Шкале актуальной ригидности отражают неспособность военнослужащих основной группы при объективной необходимости изменить собственное поведение. Наиболее низкими оказались показатели Шкалы установочной ригидности (умеренная), что отражает умеренную ригидность личностной, позиционной сферы больных с АР. Умеренные показатели Шкалы УР на фоне остальных повышенных шкальных значений, возможно трактовать и как неустойчивость, несформированность данной сферы психической деятельности у данной группы больных.

Обобщая данные по основной группе, можно заключить, что большинство среднегрупповых показателей параметров интенсивности психической ригидности находились в области значений, соотносимых с наличием высоко-выраженной психической ригидности. Это означало, что пациенты с расстройствами адаптации испытывали значительное затруднение в корректировке отдельных элементов или даже программы поведения в целом при необходимости соответствовать объективным требованиям ситуаций, в которых оказывались; они были менее гибки в оценке самих себя,

а также в умении под действием опыта переоценивать ранее сложившуюся систему ценностей. Обращает на себя внимание высокие значения показателей шкалы ПМР (преморбидная ригидность) у пациентов с АР. Значение по данной шкале максимально выражено у пациентов с аффективным вариантом АР (табл. 4.13.). Ригидность как черта личности подразумевает наличие таких особенностей как нетерпимость к неопределенности, что включает в себя строгое повиновение властным фигурам, неприятие противоположного мнения, повышающего степень неопределенности, тенденцию использовать резко поляризованные когнитивные структуры [118]. Указанное личностное качество может иметь определенное положительное значение в условиях нахождения в армейской среде, которую отличает высокая степень иерархичности и регламентированности, но при попадании в качественно иную социальную среду, данная особенность повышает степень уязвимости личности к новым стрессовым факторам. Высокие значения большинства шкал ТОР у представителей основной группы указывают на то, что пациенты с АР склонны применять одномерные, ригидные, т.н. «центрированные» когнитивные стратегии [118], в сравнении с многомерными, гибкими, «децентрированными» стратегиями [118], чаще применяемыми испытуемыми без признаков АР. Ригидное поведение имеет свои параллели в трудностях автономии, проявлении ригидных конструкций личности и межличностных ценностей, обнаруживаемых в социальном поведении [118]. Сниженная способность к гибкости, терпимости к неопределенности и, до некоторой степени, креативности, обуславливает повышенную чувствительность бывших военнослужащих с АР к воздействию новых психосоциальных стрессоров при переходе из одной социально-профессиональной среды в другую. Наличие высокой степени проявления психической ригидности и отдельных её компонентов отличает структуру психической ригидности военнослужащих с

признаками адаптационных расстройств от структуры психической ригидности военнослужащих без таковых признаков. Направленное снижение высокого уровня психической ригидности представляется нам важной потенциальной психотерапевтической мишенью в системе медико-психологической помощи пациентам с АР изученной группы.

Из табл. 4.14. следует, что среднегрупповые показатели всех параметров психической ригидности у военнослужащих с аффективным вариантом расстройства адаптации выше таковых у военнослужащих с поведенческим вариантом расстройства.

Таблица 4.14.

Сравнение показателей Томского опросника ригидности у военнослужащих с различными вариантами адаптационного расстройства

Показатели	1-я подгруппа, пациенты с ПВ АР, <i>n</i> = 46	2-я подгруппа, пациенты с АВ АР, <i>n</i> = 53	t-критерий Стьюдента	
			<i>t</i>	<i>p</i>
СКР	132,61 ± 2,77	137,61 ± 3,72	-1,210	0,231
АР	37,46 ± 2,69	38,15 ± 2,42	1,297	0,199
СР	37,15 ± 2,79	41,82 ± 2,52	1,241	0,219
УР	23,61 ± 2,07	29,39 ± 1,84	2,090	0,041
РСО	13,27 ± 1,42	17,00 ± 1,17	2,026	0,047
ПМР	41,50 ± 2,28	44,20 ± 1,89	1,084	0,283
ШР	7,08 ± 0,90	7,10 ± 1,05	-1,209	0,230

Примечание: жирным шрифтом выделены достоверные различия.

На статистически достоверном уровне различия отмечаются по шкалам Установочная ригидность ($t = 2,090$; $p = 0,041$) и Ригидность как состояние ($t = 2,026$; $p = 0,047$). Шкала установочной ригидности (УР) отражает

личностный уровень проявления психической ригидности, выраженный в отношении или установке на принятие-непринятие нового, необходимости изменений самого себя – самооценки, уровня притязаний, системы ценностей, привычек и т.п.

Можно предполагать, что пациенты с АВ АР менее открыты новому опыту, чем пациенты с ПВ АР, они труднее находят быстрые, гибкие и оригинальные решения в возникающих затруднительных и проблемных ситуациях, что, по-видимому, обуславливает их трудности психической адаптации. Помимо этого, пациенты с АВ АР прогнозируемого чаще, чем пациенты с ПВ АР испытывают затруднения в степени самоуважения и самопринятия, в изменении уровня самооценки в сфере межличностных отношений, в области профессиональных достижений. Изменение уровня притязаний также представляет для больных с аффективным вариантом АР определенные сложности. Предъявляя к себе повышенные требования и привычно оценивая себя в зависимости от уровня достижений и одобрений со стороны авторитетных личностей, они не сформировали и не формируют в новой социально-профессиональной среде оптимального уровня автономии, независимости самоотношения от социальных влияний. Пациенты с ПВ АР более склонны к активному поиску нового опыта, менее консервативны, с большей легкостью меняют свои представления, мнения, установки, привычные стереотипы поведения под действием изменяющихся обстоятельств.

Более высокие показатели по шкале ригидности как состояния (РСО) у пациентов с АВ АР свидетельствуют о том, что в состоянии тревоги, страха, дистресса, плохого настроения, утомления или какого-либо болезненного состояния они более склонны к фиксированному поведению, чем пациенты с поведенческим вариантом АР.

4.9. Обобщения к подразделу 4.8.

Результаты изучения психической ригидности у военнослужащих групп и подгрупп сравнения позволили сделать следующие обобщения:

-Наличие высокого уровня психической ригидности отличает бывших военнослужащих с признаками адаптационного расстройства от их коллег без таковых признаков. На статистически-достоверном уровне различия отмечаются по шкале СКР (симптомокомплекс ригидности), отражающей склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения (t -критерий Стьюдента = 2,024; $p = 0,041$).

-Наличие высокой степени проявления большинства отдельных компонентов психической ригидности (ригидности как состояния, актуальной, сенситивной и преморбидной ригидности) отличает структуру психической ригидности военнослужащих с признаками адаптационных расстройств от структуры психической ригидности военнослужащих без таковых признаков.

-Среднегрупповые показатели всех параметров психической ригидности у военнослужащих с аффективным вариантом расстройства адаптации выше таковых у военнослужащих с поведенческим вариантом расстройства. На статистически достоверном уровне различия отмечаются по шкалам Установочная ригидность (t -критерий Стьюдента = 2,090; $p = 0,041$) и Ригидность как состояние (t -критерий Стьюдента = 2,026; $p = 0,047$).

-Признаки «общий высокий уровень психической ригидности», «высокий уровень ригидности как состояния», «высокий уровень актуальной ригидности», «высокий уровень сенситивной ригидности», «высокий уровень преморбидной ригидности», расценены как индивидуально-психологические качества дезадаптивной направленности, повышающие уязвимость пациентов с АР к действию социогенных стрессовых факторов.

-Неоптимальный (высокий) уровень психической ригидности,

отражающий склонность к широкому спектру фиксированных форм поведения и неоптимальная (высокая) степень проявления большинства отдельных компонентов психической ригидности (ригидности как состояния, актуальной, сенситивной и преморбидной ригидности) идентифицированы как общие мишени психотерапии специфичные для личности пациента с АР в изученной выборке.

-Неоптимальный (высокий) уровень установочной ригидности идентифицирован как мишень психотерапии специфичная для личности пациента с аффективным вариантом АР.

4.10. Результаты изучения агрессивности

Для определения уровня агрессивности у бывших военнослужащих в группах и подгруппах сравнения был использован опросник А. Басса и А.Дарки (Buss-Darkes Hostility Inventory, BDHI), адаптация А.К. Осницкого [119].

Были установлены следующие средние показатели агрессии у бывших военнослужащих без расстройств адаптации (баллы, $M \pm m$): физическая агрессия – 2,53; вербальная агрессия – 3,10; косвенная агрессия – 2,53; негативизм – 1,23; склонность к раздражению (раздражительность) – 2,91; подозрительность – 2,40; обида – 2,01; чувство вины – 3,77; индекс агрессивности – 8,16; индекс враждебности – 4,91.

Анализ полученных результатов у респондентов контрольной группы показал, что бывшие военнослужащие без АР продемонстрировали низкие показатели агрессии (в соответствии с нормами, разработанными А.К. Осницким).

Были установлены следующие средние показатели агрессии у бывших военнослужащих с расстройствами адаптации (баллы, $M \pm m$):

-физическая агрессия – 6,87;

- вербальная агрессия – 9,27;
- косвенная агрессия – 5,12;
- негативизм – 3,16;
- склонность к раздражению (раздражительность) – 6,39;
- подозрительность – 4,99;
- обида – 3,74;
- чувство вины – 6,46;
- индекс агрессивности – 21,24;
- индекс враждебности – 8,72.

Анализ полученных результатов у респондентов контрольной группы показывает, что бывшие военнослужащие с АР продемонстрировали ненормативные (повышенные) показатели агрессии (в соответствии с нормами, разработанными А.К. Осницким).

Результаты исследования агрессивности у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом адаптационного расстройства (ПВ АР) (1-я подгруппа основной группы) и бывших военнослужащих с аффективным вариантом адаптационного расстройства (АВ АР) (2-я подгруппа основной группы) представлены в табл. 4.15.

Для выявления значимых статистических различий между пациентами с разными вариантами АР применялся *t*-критерий Стьюдента (между двумя независимыми выборками). Анализ данных производился в среде Excel с помощью пакета анализа данных, использовался двухвыборочный *t*-тест с различными дисперсиями. Анализ средних значений позволил выявить следующие различия между бывшими военнослужащими с разными вариантами АР. Так, было установлено, что вербальная агрессия, физическая агрессия, склонность к раздражению, чувство вины и негативизм больше проявлялись среди бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР. А у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР более ярко была

выражена обида, подозрительность и косвенная агрессия. Так же общий индекс агрессивности выше у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР, а уровень враждебности выше у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР.

Таблица 4.15.

Средние значения шкал Методики А. Басса и А. Дарки в подгруппах сравнения, баллы, $M \pm m$

Шкалы ВДНІ	Средние значения		<i>t</i> -статистика	<i>t</i> -критерий
	Подгруппы сравнения			
	1-я под- группа, ПВ АР	2-я под- группа, АВ АР		
Физическая агрессия	7,56	6,18	4,9*	1,96
Вербальная агрессия	10,8	7,73	9,73*	1,96
Косвенная агрессия	4,58	5,65	-4,33*	1,96
Негативизм	3,43	2,89	2,38*	1,96
Склонность к раздражению	6,85	5,93	3,27*	1,96
Подозрительность	4,70	5,27	-2,32*	1,96
Обида	3,47	4,00	-2,46*	1,96
Чувство вины	6,75	6,17	2,35*	1,96
Индекс агрессивности	22,91	19,57	5,08*	1,96
Индекс враждебности	8,16	9,27	-2,84*	1,96

Примечание: * – различия статистически достоверны.

Бывшие военнослужащие с ПВ АР по сравнению со своими коллегами с АВ АР, были более склонны: к выражению собственных негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы), использованию физической силы против другого лица; к

проявлению раздражения; к аутоагрессии, оппозиционной манере в поведении, направленной против авторитета или руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся требований, правил, обычаев и законов.

Бывшие военнослужащие с АВ АР, по сравнению со своими коллегами с ПВ АР, были более склонны к проявлениям зависти и ненависти к окружающим, недоверию и осторожности по отношению к людям, использованию сплетен, шуток, но также, и к проявлению неправильных, неупорядоченных взрывов ярости (крик, топание ногами и т.п.).

4.11. Обобщение к подразделу 4.10.

-Признаки: «повышенная вербальная агрессия» ($r_s = 0,44$; при $p < 0,05$), «повышенная физическая агрессия» ($r_s = 0,72$; при $p < 0,05$), «повышенная склонность к раздражению» ($r_s = 0,74$; при $p < 0,05$), «повышенное чувство вины» ($r_s = 0,36$; при $p < 0,05$), «повышенный негативизм» ($r_s = 0,72$; при $p < 0,05$) были отнесены к констелляции индивидуально-психологических качеств, повышающих уязвимость больных с ПВ АР к действию социогенных стрессовых факторов.

-Признаки: «повышенная подозрительность» ($r_s = 0,78$; при $p < 0,05$), «повышенная косвенная агрессия» ($r_s = 0,46$; при $p < 0,05$) и «повышенная обида» ($r_s = 0,76$; при $p < 0,05$), были отнесены к констелляции индивидуально-психологических качеств, повышающих уязвимость пациентов с АВ АР к действию социогенных стрессовых факторов.

-«Повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм» были идентифицированы как психотерапевтические мишени, которые являются специфическими для

личности пациента с ПВ АР.

-«Повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия» и «повышенная обида», были идентифицированы как психотерапевтические мишени, которые являются специфическими для личности пациента с АВ АР.

РАЗДЕЛ 5

СПЕЦИФИЧНЫЕ МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, УВОЛЕННЫХ В ХОДЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ, В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Психотерапия в большинстве существующих определений – это система целенаправленных воздействий (с целью изменения) на психику, в первую очередь личность и через нее на организм больного. Психотерапевтическое воздействие при этом направлено на объект воздействия в психике и личности – «мишень» психотерапии [121, 122]. Концепция форматного (через систему мишеней) представления психотерапевтического процесса, разработанная Р.К. Назыровым [121], в настоящее время получила широкое признание в рамках клинико-психологической модели психокоррекции, в частности, больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами [122], невротическими расстройствами [123], с острыми формами ишемической болезни сердца [124]. В основе вышеуказанной концепции лежит типология психотерапевтических мишеней, которая предполагает выделение:

1. Нозоспецифичных психотерапевтических мишеней (психотерапевтические мишени нозологической специфики).
2. Мишени, специфичные для психотерапевтического метода.
3. Мишени, специфичные для личности пациента.
4. Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.
5. Психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации.

Мишени 2-й и 4-й групп являются сферой компетенции врача-психотерапевта и в настоящем исследовании не рассматриваются.

Опора на данную типологию, позволяет, во-первых использовать

стандартные квалифицирующие признаки типов мишеней, при их выделении, во-вторых, проводить группирование мишеней психотерапии для пациентов разных нозогрупп, что повышает однозначность трактовки и сопоставимость результатов исследований.

Проведенное исследование позволило выделить, структурировать и объединить в систему специфичные психотерапевтические мишени для пациентов с адаптационными расстройствами в контингенте военнослужащих, уволенных из Вооруженных Сил в связи с реформированием армии, в мирное время.

Результаты структурирования специфичных мишеней психотерапии отражены в табл. 5.1.

Таблица 5.1.

Специфичные мишени у пациентов с адаптационными расстройствами в контингенте военнослужащих, уволенных из ВС в связи с реформированием армии

<i>Общие специфичные мишени психотерапии для пациентов с АР</i>	
Нозоспецифичные мишени	«интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с незапланированным вынужденным увольнением из армии», «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с потерей особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, которые возникли во время пребывания в армии», «констелляция депрессивного, тревожного, тревожно-депрессивного и поведенческого синдромов», «высокая реактивная тревожность» и «легкая депрессия невротического уровня»
Мишени, специфичные для клинической ситуации	«донологический опасный паттерн употребления алкоголя»

Мишени, специфичные для личности пациента	«неоптимальные темпераментальные характеристики», «неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля», «неоптимальный (высокий) уровень психической ригидности», «неоптимальная (высокая) степень проявления большинства отдельных компонентов психической ригидности» (ригидности как состояния, актуальной, сенситивной и преморбидной ригидности), «повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм», «повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия» и «повышенная обида»
<i>II. Специфичные мишени психотерапии для пациентов с поведенческим вариантом АР</i>	
Нозоспецифичные мишени	«поведенческий синдром» (в форме кратковременных реакций агрессии, обиды, гнева, появления ранее нехарактерных форм социально отклоняющегося поведения)
Мишень, специфичная для клинической ситуации	«донозологический опасный, мотивационно-высоконапряженный паттерн употребления алкоголя»
Мишени, специфичные для личности пациента	«повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм»
<i>III. Специфичные мишени психотерапии для пациентов с аффективным вариантом АР</i>	
Нозоспецифичные мишени	«совокупность депрессивного, тревожного и тревожно-депрессивного синдромов», «высокая реактивная тревожность», «легкая депрессия невротического уровня»
Мишени, специфичные для личности пациента	«неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля», «высокая личностная тревожность», «неоптимальный (высокий) уровень установочной ригидности», «повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия», «повышенная обида»

5.1. Обобщения к разделу 5.

По результатам изучения клинико-психологических особенностей АР и индивидуально-психологических особенностей уволенных из армии военнослужащих с АР, была разработана система мишеней психотерапии, которые являются специфичными для пациентов с АР исследованной выборки. Система состояла из трех групп мишеней:

- нозоспецифичных мишеней;
- мишеней, специфичных для клинической ситуации;
- мишеней, специфичных для личности пациента.

Также были выделены: общие мишени психотерапии для пациентов с АР и мишени психотерапии для пациентов с вариантами АР.

Общие нозоспецифичные мишени психотерапии пациентов с АР в исследованной выборке:

-«интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с незапланированными вынужденным увольнением из армии»;

-«интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с потерей особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, которые возникли во время пребывания в армии»;

-«констелляция депрессивного, тревожного, тревожно-депрессивного и поведенческого синдромов»;

-«высокая реактивная тревожность» и «легкая депрессия невротического уровня».

Общая мишень, специфичная для клинической ситуации АР в исследованной выборке:

-«донозологический опасный паттерн употребления алкоголя».

Общие мишени, которые являются специфичными для личности

пациента с АР в исследованной выборке:

- «неоптимальные темпераментальные характеристики»;
- «неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля»;
- «неоптимальный (высокий) уровень психической ригидности»;
- «неоптимальная (высокая) степень проявления большинства отдельных компонентов психической ригидности» (ригидности как состояния, актуальной, сенситивной и преморбидной ригидности);
- «повышенная вербальная агрессия»;
- «повышенная физическая агрессия»;
- «повышенная склонность к раздражению»;
- «повышенное чувство вины»;
- «повышенный негативизм»;
- «повышенная подозрительность»;
- «повышенная косвенная агрессия»;
- «повышенная обида».

Специфичные мишени для пациентов с ПВ АР:

- нозоспецифичные мишени – «поведенческий синдром»;
- мишень, специфическая для клинической ситуации – «донозологический опасный, мотивационно-высоконапряженный паттерн употребления алкоголя»;
- мишени, которые являются специфичными для личности пациента – «повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм».

Специфичные мишени для пациентов с АВ АР:

- нозоспецифичные мишени – «совокупность депрессивного, тревожного и тревожно-депрессивного синдромов», «высокая реактивная тревожность», «легкая депрессия невротического уровня»;

- мишени, которые являются специфичными для личности пациента – «неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля», «высокая личностная тревожность», «неоптимальный (высокий) уровень установочной ригидности», «повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия» и «повышенная обида».

ВЫВОДЫ

1. В диссертации представлены теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи медицинской психологии по выявлению и обоснованию системы специфичных мишеней психотерапии для военнослужащих с адаптационными расстройствами, уволенных из рядов Вооруженных Сил Украины в ходе реформирования армии, в мирное время, что сделано на основе определения клиничко-психологических и индивидуально-психологических особенностей, специфических для данного контингента.

2. Клиничко-психологическими особенностями АР в изученной выборке определены: связанность проявлений АР с однотипным психосоциальным стрессором – «непланируемым вынужденным увольнением из армии»; наличие у пациентов с АР устойчивых негативно-окрашенных переживаний, обусловленных непланированным увольнением из армии, которые выражались чувством незащищенности, отвержения, вины, беспомощности и растерянности, и сопровождалась вторичными реакциями отрицания, протеста, фатальной пассивности, смещенной активности; неоднородность проявлений АР на феноменологическом уровне (наличие двух доминирующих совокупностей признаков, в одной из которых преобладали патохарактерологические, а в другой – аффективные проявления); сочетанность проявлений АР с опасным (рисковым) аддиктивным поведением.

3. Индивидуально-психологическими особенностями военнослужащих Вооруженных Сил Украины с адаптационными расстройствами, уволенных в ходе реформирования армии, были: неоптимальные темпераментальные характеристики (сниженные социальная эргичность, общая и социальная пластичность, готовность к предметной деятельности и предметной активности, повышенные общая и социальная эмоциональность), неоптимальный (сниженный) уровень субъективного контроля, ненормативные (повышенные) уровни депрессии, реактивной и

личностной тревожности, психической ригидности, агрессии.

4. По результатам изучения клинико-психологических особенностей АР и индивидуально-психологических особенностей уволенных из армии военнослужащих с АР, была разработана система мишеней психотерапии, которые являются специфическими для пациентов с АР исследованной выборки. Система состояла из трех групп мишеней: нозоспецифичных мишеней; мишеней, специфичных для клинической ситуации и мишеней, специфичных для личности пациента. Также были выделены: общие мишени психотерапии для пациентов с АР и мишени психотерапии для пациентов с вариантами АР.

Общие нозоспецифичные мишени психотерапии пациентов с АР в исследованной выборке: «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с незапланированным вынужденным увольнением из армии», «интенсивные негативно-окрашенные эмоциональные переживания, связанные с потерей особо важных ожиданий, потребностей, значимых ситуаций, отношений, которые возникли во время пребывания в армии», «констелляция депрессивного, тревожного, тревожно-депрессивного и поведенческого синдромов», «высокая реактивная тревожность» и «легкая депрессия невротического уровня».

Общая мишень, специфичная для клинической ситуации АР в исследованной выборке: «донозологический опасный паттерн употребления алкоголя»; мишень, специфичная для клинической ситуации пациентов с ПВ АР – «донозологический опасный мотивационно-высоконапряженный паттерн употребления алкоголя».

Общие мишени, которые являются специфичными для личности пациента с АР в исследованной выборке: «неоптимальные темпераментальные характеристики», «неоптимальный (пониженный) уровень субъективного контроля», «неоптимальный (высокий) уровень психической ригидности», «неоптимальная (высокая) степень проявления большинства отдельных компонентов психической ригидности» (ригидности как состояния, актуальной,

сенситивной и преморбидной ригидности), «повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм», «повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия» и «повышенная обида».

5. Специфичные мишени для пациентов с ПВ АР: нозоспецифичные мишени – «поведенческий синдром»; мишень, специфическая для клинической ситуации – «донозологический опасный, мотивационно-высоконапряженный паттерн употребления алкоголя»; мишени, которые являются специфичными для личности пациента – «повышенная вербальная агрессия», «повышенная физическая агрессия», «повышенная склонность к раздражению», «повышенное чувство вины», «повышенный негативизм».

Специфичные мишени для пациентов с АВ АР: нозоспецифичные мишени – «совокупность депрессивного, тревожного и тревожно-депрессивного синдромов», «высокая реактивная тревожность», «легкая депрессия невротического уровня»; мишени, которые являются специфичными для личности пациента – «неоптимальный (низкий) уровень субъективного контроля», «высокая личностная тревожность», «неоптимальный (высокий) уровень установочной ригидности», «повышенная подозрительность», «повышенная косвенная агрессия» и «повышенная обида»

Перспектива дальнейшего исследования заключается в выяснении особенностей адаптационных расстройств у военнослужащих, уволенных из армии в военное время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волошин П.В. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування. Методичні рекомендації [Текст] / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова [та інш.].– Харків, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», 2009.– 32 с.
2. Сорока В.В. Клинико-психопатологические особенности невротических реакций у мужчин [Текст] / В.В. Сорока // Український вісник психоневрології.– 2013.– Том. 21, вип. 4 (77).– С. 108–111.
3. Егоров Р.С. Расстройства адаптации у военнослужащих срочной службы [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед.– Ориенбург, 2007.– 25 с.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В.Н. Краснов.– М.: Практическая медицина, 2011.– 432 с.
5. Шифнер Н.А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Москва, 2011.– 25 с.
6. Антипова О.С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии [Текст] / О.С. Антипова / ЭФ. Неврология и психиатрия.– 2013.– № 1.– С. 2–8.
7. Jäger M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options [Text] / M. Jäger M., K. Frasch, T. Becker // Psychiatr. Prax.– 2008.– Vol. 35.– № 5.– P. 219–225.
8. Casey P. Adjustment disorder considered [Text] / P. Casey, F. Jabbar //Advances in Psychiatric Treatment.– 2013.– Т. 19.– №. 2.– С. 99–107.
9. Baumeister H. Adjustment disorder with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future [Text] / H. Baumeister, A. Maercker, P. Casey [et al.] // Psychopathology.– 2009.– № 42 (3).– P. 139–147.
10. Semprini F. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful [Text] / F. Semprini, G.A. Fava, N. Sonino //CNS spectrums.– 2010.– Т. 15.– №. 06.– С. 382–388.

11. Gil T. From Crisis to Adjustment Disorder: A Medicalization of a Concept? [Text] / T. Gil // Turkish journal of psychiatry.– 2013.– Т. 24.– №. 1.– С. 58.
12. Presicci A. Depressive and adjustment disorders some questions about the differential diagnosis: case studies [Text] / A. Presicci, P. Lecce, P. Ventura [et al.] // Neuropsychiatr Dis Treat.– 2010 (Sep. 7).– № 6.– P. 473–81.
13. Portzky G. Adjustment disorders and the course of the suicidal process in adolescents [Text] / G. Portzky, K. Audenaert, K. van Heeringen // J. Affect. Disord.– 2005.– Vol. 87.– № 2–3.– P. 265–270.
14. DeLeo D. Adjustment disorders and suicidality [Text] / D. DeLeo, C. Pellegrini, L. Serraioto // Psychol. Rep.– 1986.– Vol. 59.– № 2.– Pt. 1.– P. 355–358.
15. Popović-Deušić S. Adjustment disorders in hospital treated adolescents: A follow-up study [Text] / S. Popović-Deušić [et al.] // Srpski arhiv za celokupno lekarstvo.– 2012.– Т. 140.– № 5–6.– С. 344–349.
16. Jaeger M. Diagnosis of adjustment disorder: reliability of its clinical use and long-term stability [Text] / M. Jaeger [et al.] // Psychopathology.– 2011.– Т. 45.– № 5.– С. 305–309.
17. Patra B.N. Adjustment disorder: Current diagnostic status [Text] / B.N. Patra, S. Sarkar // Indian journal of psychological medicine.– 2013.– Т. 35.– № 1.– С. 4.
18. Шифнер Н.А. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов [Текст] / Н.А. Шифнер, А.Е. Бобров, М.А. Кулыгина // Вестник психиатрии и психологи Чувашии.– 2012.– № 8.– С. 43–61.
19. Шамрей В.К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра [Текст] / В.К. Шамрей, А.А. Марченко, Е.Ю. Абриталин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия.– 2013.– Т. 23.– № 4.– С. 14–18.

20. Casey P. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary [Text] / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Т. 179. – С. 479–481.
21. Casey P. Adjustment disorders: the state of the art [Text] / P. Casey, S. Bailey // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10. – Iss. 1. – P. 11–18.
22. Литвинцев С.В. Использование афобазола в лечении расстройства адаптации у военнослужащих, уволенных из Вооружённых Сил [Текст] / С.В. Литвинцев, Ю.П. Успенский, А.Т. Давыдов [и др.] // *Военно-медицинский журнал*. – 2007. – № 11. – С. 28–29.
23. Walsh J. A Social Work Perspective on the Adjustment Disorders [Text] / J. Walsh, J. Corcoran // *Social Work in Mental health*. – 2011. – Vol. 9. – Iss. 2. – P. 107–121.
24. Casey P. Adjustment disorders: epidemiology, diagnosis and treatment [Text] / P. Casey // *CNS Drugs*. – 2009. – № 23 (11). – P. 927–938.
25. O'Connor B.P. Adjustment Disorder [Text] / B.P. O'Connor, H. Cartwright // *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. – Wiley Online Library, 2012. – URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118156391.ebcp002021/abstract;jsessionid=3B05ADE90432EC480D8E32B44790723E.f04t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> (Дата обращения 1.04.2014 г.).
26. Lung F.W. The premorbid personality in military students with adjustment disorder [Text] / F.W. Lung, F.Y. Lee, B.C. Shu // *Military Psychology*. – 2006. – № 18 (1). – 77–88.
27. Мельников А.И. Современные нелекарственные методы реабилитации пациентов с расстройствами адаптации [Текст] / А.И. Мельников, Ф.С. Будтуева, С.А. Ляховецкая // *Избранные вопросы психиатрии. Сборник научных работ Второго российско-хорватского международного конгресса духовной психиатрии* / Под ред. проф. Б.Д. Цыганкова. – Москва, 2014. – 304 с.
28. Einsle F. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders [Text] / F. Einsle, V. Koullner, S. Dannemann [et al.] // *Psychol Health Med*. – 2010. – № 15 (5). – P. 584–95.

29. Bley S. Evaluation of a new concept for diagnosing adjustment disorders in a psychosomatic setting [Text] / S. Bley, F.Einsle, A. Maercker [et al.] // Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie.– 2008.– № 58 (12).– P. 446–453.
30. Strain J.J. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses [Text] / J.J. Strain, A. Diefenbacher // Compr. Psych.– 2008.– Vol. 49 (2).– P. 121–130.
31. Pelkonen M. Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients [Text] / M. Pelkonen, M. Marttunen, M. Henriksson [et al.] // Eur Psychiatry.– 2007.– № 22 (5).– P. 288–295.
32. Образцов И.В. Социальные проблемы бывших кадровых военнослужащих [Текст] / И.В. Образцов, С.С. Соловьев // Социология культуры.– 1998.– № 4 [Электронный ресурс].– Режим доступа:<http://ecsocman.hse.ru/data/943/712/1217/008.OBRAZTSOV.pdf> (дата обращения: 18.11.2014).
33. Мелконян М.Г. Социальная адаптация военнослужащих, увольняемых в запас в процессе реформирования армии [Текст]: автореф. дис. ... канд. социол. наук.– Улан-Удэ, 2001.– 23 с.
34. Концова Е.Н. Социальная адаптация граждан уволенных с военной службы: профессиональное обучение, переподготовка и трудоустройство / Е.Н. Концова // Военно-социологические исследования. Сборник статей № 1 (13) М., 2006 [Электронный ресурс].– режим доступа: <http://www.mil.ru>.(дата обращения 6.04.2014 г.).
35. Тур С.К. Социальная адаптация военнослужащих с невротическими расстройствами [Текст] / С.К. Тур, А.В. Рустанович // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения.– СПб, 1999.– С. 235–236.
36. Иутин В.Г. Патоморфоз психогенных заболеваний у военнослужащих [Текст] / В.Г. Иутин // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии.– СПб, 2003.– С. 100–101.

37. Белова А.Ю. Психологическое сопровождение социальной адаптации военнослужащих, уволенных в запас, и членов их семей [Текст]: автореферат дис. ... канд. психол. наук.– Тверь, 2004.– 23 с.

38. Осухова Н.Г. Жизнь после армии: психологические проблемы адаптации [Текст] / Н.Г. Осухова // Армия и общество.– 2004.– № 3.– С. 45–52.

39. Озерова Е.Ю. Жизненные стратегии бывших военнослужащих [Текст] / Е.Ю. Озерова // Вестник Российского государственного гуманитарного университета.– 2009.– № 2.– С. 268–275.

40. Осухова Н.Г. Социально-психологическая адаптация кадровых военнослужащих, уволенных в запас или отставку: теория и практика [Текст] / Н.Г. Осухова, И.П. Лотова, В.Л. Калиничев / Под ред. Н.Г. Осуховой, И.П. Лотовой.– М., 1999.– 134 с.

41. Смирнов А.И. Взаимодействие общества и армии как социального института в современной России: автореф. дис. ... докт. социол. наук.– Москва, 2010 [Электронный ресурс].– Режим доступа: http://www.civisbook.ru/files/File/Avtoreferat_SmirnovAI.pdf (дата обращения: 6.04.2014 г.).

42. Косик С.Л. Социально-психологические особенности адаптации военнослужащих, уволенных с военной службы. Особенности смены профессии в зрелом возрасте.– Ногинск, ГБУСО МО «Центр САВ» – 2013 [Электронный ресурс].– режим доступа: <http://www.nog.ranepa.ru/press/2.pdf> (дата обращения: 6.04.2014 г.).

43. Таран Ю.Я. Социальная адаптация бывших военнослужащих и членов их семей. Опыт работы негосударственных некоммерческих организаций [Текст] / Ю.Я. Таран // Труд и социальные отношения.– 2007.– № 1.– С. 149–156.

44. Шишканов А.И. Социальная защита военнослужащих Российской Федерации в современных условиях: состояние и пути повышения ее эффективности: (Социологические аспекты проблемы)[Текст]: автореф. дис. ... канд. социол. наук.– М., 2001.– 27 с.

45. Певень Л.В. Материальное положение военнослужащих и членов их семей в 2005 году в зеркале военной социологии [Текст] / Л.В. Певень // Российский военно-правовой сборник. Актуальные проблемы правового регулирования материального обеспечения военнослужащих.– М., 2006.– С. 78–82.
46. Лепешкин Н.Я. Социальное самочувствие населения на современном этапе трансформации российского общества (региональный аспект) [Текст]: автореф. дис. ... канд. социол. наук.– Хабаровск, 2004.– 22 с.
47. Kawa S. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice [Text] / S. Kawa, J. Giordano // Philos. Ethics Humanit. Med.– 2012.– Vol. 7.– P. 2.
48. Pierre J.M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future [Text] / J.M. Pierre // J. Psychiatr. Pract.– 2010.– Vol. 16.– № 6.– P. 375–386.
49. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца.– К.: Сфера, 2000.– 416 с.
50. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2000.
51. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 2013.
52. Selye H. The stress of life [Text] / H. Selye. – New York: Mc Grow-Hill, 1956.– 144 p.
53. Selye H. History and present status of the stress concept [Text] / H. Selye // Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / L. Goldenberger, S. Breznitz (Eds.).– New York: The Free Press, 1986.– P. 7–17.

54. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты (комментарии к статьям об оказании помощи пострадавшим в связи с террористическим актом в городе Беслане 1–3 сентября 2004 года) [Текст] / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия.– 2005.– Вып. № 2.– Том. 15. [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-stressovye-rasstroystva-kak-problema-psihiatrii-katastrof-klinicheskie-i-organizatsionnye-aspekty-kommentarii-k-statyam-ob#ixzz3RC9m16pv> (дата обращения: 10.02.2015 г.).

55. Гореликов И.В. Факторы риска и типология расстройств адаптации у жителей Камчатского региона [Текст]: автореф. диссер. ... канд. мед. наук.– М., 2008.– 24 с.

56. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / Під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреєнка // Новини харьківської психіатрії.– Харків, 2003 [Електронний ресурс].– Режим доступу: <http://www.psychiatry.org.ua/books/criteria> (Дата звернення: 8.02.2015 р.).

57. Fard F. Undiagnosed psychiatric illness in adolescents. A prospective and seven year follow-up [Text] / F. Fard, R.W. Hudgens, A. Welner // Archives of General Psychiatry.– 1979.– № 35.– P. 279–281.

58. Greenberg W.M. Adjustment disorders as an admission diagnosis [Text] / W.M. Greenberg, D.N. Rosenfeld, & E.A. Ortega // American Journal of Psychiatry.– 1995.– № 152.– С. 459–461.

59. Линский И.В. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения [Текст] / И.В. Линский, В.Н. Кузьминов, Н.В. Позднякова [и др.] // Український вісник психоневрології.– 2014.– № 22, вип. 3.– С. 5–12.

60. Snyder S. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting [Text] / S. Snyder, J.J. Strain, D. Wolf // General Hospital Psychiatry.– 1990.– № 12.– P. 159–165.

61. Despland J.N. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM–III–R and DSM–IV [Text] / J.N. Despland, L. Monod, F. Ferrero // *Comprehensive Psychiatry*.– 1995.– № 36.– P. 454–460.
62. Spalletta G. Symptom profile, axis II comorbidity and suicidal behavior in young males with DSM-III-R depressive illness [Text] / G. Spalletta, A. Troisi, M. Saracco [et al.] // *Journal of Affective Disorders*.– 1996.– № 39.– P. 141–148.
63. Andreasen N.C. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study [Text] / N.C. Andreasen, P.R. Hoenc // *American Journal of Psychiatry*.– 1982.– № 139.– P. 584–590.
64. Bronisch T. Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward [Text] / T. Bronisch // *Acta Psychiatrica Scandinavica*.– 1991.– № 94.– P. 86–93.
65. Maercker A. Диагностика и классификация расстройств, непосредственно связанных со стрессом: предложения для МКБ-11[Текст] / A. Maercker, C. Brewin, R. Bryant [et al.] / *Всемирная психиатрия*.– 2013.– Т. 12. Вып. 3. [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/38/708> (дата обращения: 12.02.2015 г.).
66. Maercker A. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample [Text] / A. Maercker, F. Einsle, V. Kollner // *Psychopathology*.– 2007.– № 40.– P. 135–146.
67. Мартынихин И. Новые критерии для расстройств непосредственно связанных со стрессом.– 2014 [Электронный ресурс].– режим доступа: <http://psychiatr.ru/news/236> (дата обращения: 10.02.2014 г.).
68. Собенникова В.В. Расстройства адаптации в общесоматической сети.– 2011. [Электронный ресурс].– режим доступа: <http://therapy.irkutsk.ru/lec/sobver.pdf> (дата обращения: 10.02.2014 г.).
69. Ласый Е.В. Гендерные различия психических расстройств, клинко-психопатологических характеристик и обращаемости за помощью лиц, предпринявших парасуицид [Текст] / Е.В. Ласый, О.И. Паровая // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*.– 2011.– № 3 (05).– С. 4–21.

70. Іванцова Г.В. Пов'язані зі стресом невротичні розлади у військовослужбовців, які отримали механічну травму (клініка, принципи профілактики): автореф. дисерт. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук.– Київ, 2008. [Електронний ресурс].– режим доступу: http://www.diplomus.in.ua/load/pov_jazani_zi_stresom_nevrotichni_rozladi_u_vijskovosluzhbovciv_jaki_otrimali_mekhanichnu_travmu_klinika_principi_profilaktiki/230-1-0-45744 (дата звернення: 12.02.2015 г.).

71. Митихина І.А. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) [Текст] / И.А. Митихина, В.Г. Митихин, В.С. Ястребов [и др.] / Журн. неврол. и психиатр.– 2011.– № 6.– С. 5–12.

72. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии [Текст] / В.А. Абрамов.– Донецк, изд-во «Донеччина», 2004.– 272 с.

73. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (Методичні рекомендації) [Текст] / Укладачі: П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова [та ін.].– Київ, 2014.– 67 с.

74. Болотов Д.М. Клініко-психопатологічні особливості хворих на посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації та їх комплексне лікування [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук.– Харків, 2007. [Електронний ресурс].– режим доступу: http://disszakaz.com/catalog_ukr/klinikopsihopatologicheskie_osobennosti_bolmznu_oh_posttrvmatichn_stressovuee_rasstrojstva_i_rasstrojstva_adaptacii_i_oh_kompleksnoe_lechenie.html (дата звернення: 14.02.2015 р.).

75. Grassi L. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V [Text] / L. Grassi L., L. Mangelli, G.A. Fava [et al.] // J. Affect. Disord.– 2007.– Vol. 101.– № 1–3.– P. 251–254.

76. Stosberg K. Sociological aspects of addictive behavior [Text] / K. Stosberg // Off entl Gesundheitswes.– 1980.– Vol. 42.– Suppl. 1.– P. 3–7.

77. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16.– Киев, 2004.– 32 с.
78. Тёлле Р. Психиатрия с элементами психотерапии [Текст] / Р. Тёлле (Tolle R.) / Пер. с нем. Г.А. Обухова.– Минск, Вышэйшая школа.– 1999.– 496 с.
79. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии. Клиника и лечение [Текст] / Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова.– М.: Медицина, 1994.– 192 с.
80. Игумнов С.А. Стресс и стресс-зависимые заболевания [Текст] / С.А. Игумнов, В.А. Жебентяев.– СПб.: Речь, 2011.– 346 с.
81. Васильева А.В. Лечение расстройств адаптации: применение препарата Афобазол в комплексной терапии [Текст] / А.В. Васильева, С.В. Полторак, А.Ю. Поляков [и др.] // Справочник поликлинического врача.– 2006.– Т. 8.– С. 87–88.
82. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. Методические рекомендации [Текст] / Р.К. Назыров, С.В. Логачёва, М.Б. Ремесло [и др.]– СПб: Из-во Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2011.– 19 с.
83. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами [Текст] / Р.К. Назыров, С.В. Логачёва, В.В. Холявко // Психическое здоровье.– 2012.– № 1.– С. 14–19.
84. Будников М.Ю. Мишени индивидуальной психокоррекции аддиктов в стационарной реабилитации [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн.– 2013.– № 2 (2).– URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 09.05.2015 г.).

85. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов / Под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой.– СПб.: СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012.– 456 с.

86. Богданова Л.В. Индивидуально-типологические особенности психического здоровья как основа целенаправленной психокоррекции [Электронный ресурс]: Автореф. канд. психол. наук.– СПб.: 2006.– URL: <http://www.dissercat.com/content/individualno-tipologicheskie-osobennosti-psikhicheskogo-zdorovya-kak-osnova-tselenapravlenno#ixzz3ZfItnFV1> (дата обращения: 09.05.2015 г.).

87. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных [Текст] / Пер. под ред. В.Н. Краснова.– М., 2008.– 215 с.

88. Hameed U. Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorders versus major depression [Text] / U. Hameed, T.L. Schwartz, K. Malhotra [et al.] // Ann. Clin. Psychiatry.– 2005.– Vol. 17.– № 2.– P. 77–81.

89. Смулевич А.Б. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости Афобазола) [Текст] / А.Б. Смулевич, А.В. Андриященко, Д.В. Романов [и др.] // Психические расстройства в общей медицине.– 2006.– № 1.– С. 10–16.

90. Смекалкина Л.В. Возможности цветоимпульсной терапии в комплексном лечении расстройств адаптации [Текст] / Л.В. Смекалкина, С.А. Шевцов, А.И. Мельников // Известия ЮФУ, Тематический выпуск. Медицинские информационные системы.– 2012.– № 9.– С.144–150.

91. Марченко А.А. Эпидемиология невротических расстройств у военнослужащих [Текст] / А.А. Марченко // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов.– 2009 [Электронный ресурс]– Режим доступа– URL: <http://www.jurnal.org/articles/2009/med1.html> (время обращения: 11.02.2015 г.).

92. Астапов Ю.Н. Вопросы психопрофилактики невротических расстройств у военнослужащих срочной службы [Текст] / Ю.Н. Астапов // Архив психіатрії. – 2001.– № 4.– С. 113–116.

93. Астапов Ю.Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооружённых Сил Украины [Текст] / Ю.Н. Астапов // Медицинские исследования.– 2001.– Т. 1, вып. 1.– С. 111–112.

94. Остапенко А.В. Клинико-психологические характеристики личности участников локальных войн и их защитно-совладающего поведения [Текст]: автореф. канд. психол. наук.– СПб., 2007.– 23 с.

95. Gunderson E.K. Epidemiology of mental disorders in the U.S. Navy: The neuroses [Text] / E.K. Gunderson // The Military Medicine.– 2001.– № 7.– P. 23–29.

96. Ивахненко Л.И. Профилактика психоэмоциональных расстройств у военнослужащих с сердечно-сосудистой патологией [Текст] / Л.И. Ивахненко, Е.О. Полякова, М.В. Иванов // Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского». Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (организационные, терапевтические и профилактические аспекты). Всероссийская конференция. Повышение эффективности лечебно–реабилитационной помощи психически больным. / Под редакцией З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова.– СПб: Айсинг, 2011.– 474 с.

97. Hoge C.W. The Occupational Burden of Mental Disorders in the U.S. Military: Psychiatric Hospitalizations, Involuntary Separations, and Disability [Text] / C.W. Hoge, H.E. Toboni, S.C. Messer [et al.] // Am. J. Psychiatr.– 2005.– Vol. 162, № 3.– P. 585–591.

98. Australian Defence Force Health Status Report [Электронный ресурс] / DHSD Web Administrator.– 2007.– Режим доступа: <http://www.defence.gov.au/media/2000/health> (дата обращения: 18.04.2014 г.).

99. Creamer M. Psychiatric Disorder and Separation From Military Service: A 10-Year Retrospective Study [Text] / M. Creamer [et al.] // Am. J. Psychiatr.– 2006.– Vol. 163.– № 4.– P.733–734.

100. Neal L.A. Management of mental illness by the British Army [Text] / L.A. Neal, M. Kiernan, D. Hill [et.al.] // Br. J. Psychiatr.– 2003.– Vol. 182, № 4.– P 337–341.

101. Новожилова М.Ю. Психодиагностика в системе диспансеризации лиц с расстройствами адаптации вследствие стрессогенной профессиональной деятельности: дисс. канд. психол. наук. – СПб., 2009.– 234 с. [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/psikhodiagnostika-v-sisteme-dispanserizatsii-lits-s-rasstroistvami-adaptatsii-vsledstvie-str#ixzz3SgiPA5kL> (дата обращения: 20.02.2015 г.).

102. Диденко И.В. Психофизиологические и психологические особенности адаптации военнослужащих на различных этапах служебно-боевой деятельности [Текст]: автореф. дис... канд. психол. наук.– Ростов-н/Д., 2007.– 19 с.

103. Коршевер Н.Г. Адаптация военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в течение одного года, к условиям военно-профессиональной деятельности: исследование и оптимизация [Текст] / Н.Г. Коршевер, Д.А. Ситмбетов // Саратовский научно-медицинский журнал.– 2011.– № 1.– С. 21–26.

104. Мухаметжанов А.М. Актуальные вопросы адаптации военнослужащих срочной службы к военно-профессиональной деятельности [Текст] / А.М. Мухаметжанов, Н.К. Смагулов, С.Б. Жаутикова [и др.] // Фундаментальные исследования.– 2013.– № 7 (часть 2).– С. 436–439.

105. Пастушков А.В. Актуальные проблемы социально-психологической адаптации военнослужащих в Вооруженных Силах Российской Федерации [Текст] / А.В. Пастушков // Известия РГПУ им. А.И. Герцена.– 2007.– № 33.– С. 378–381.

106. Королева В.О. Социальная адаптация к гражданской жизни военнослужащих, уволенных в запас [Текст] / В.О. Королева // Психология, образование, социальная работа: актуальные и приоритетные направления исследований: Материалы ежегодной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых факультета психологии и социальной работы. Тверь: Твер. гос. ун-т, 2012.– С. 143–144.

107. Козлов С.А. Многофакторная модель деструктивного агрессивного поведения у ветеранов боевых действий [Текст] / С.А. Козлов // Вестник Санкт-Петербургского университета.– 2009.– Сер. 11.– Вып. 3.– С. 72–77.

108. Давыдов А.Т. Использование анксиолитиков в комплексном лечении расстройства адаптации у военнослужащих по контракту, уволенных в запас [Текст] / А.Т. Давыдов [и др.] // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии: рецензируемый научно-практический журнал.– 2013.– № 2.– С. 60–67.

109. Фадеев А.С. Невротические расстройства у военнослужащих в мирное время / А.С. Фадеев, В.В. Куликов, О.Э. Чернов // Воен.-мед. журн.– 2001.– Т. 322.– № 3.– С. 39–43.

110. Шелестова О.В. Науково-теоретичні підходи до вивчення проблеми впливу деприваційної травми на адаптаційні розлади військовослужбовців // Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.– 2013.– С. 666–678 [Електронний ресурс].– Режим доступу: [file:///C:/Users/User/Downloads/Pspl_2013_22_57%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Pspl_2013_22_57%20(2).pdf) (час звернення: 20.02.2015 р.).

111. Бим-Бад Б.М. Модернизация института семьи: макросоциологический, экономический и антрополого-педагогический анализ [Текст] / Б.М. Бим-Бад, С.Н. Гавров.– М.: Интеллектуальная книга, Новый хронограф, 2010.– С. 34.

112. Шкала оценки психического статуса (Present state examination – PSE) [Электронный ресурс].– режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/64> (дата обращения 28.02.2015 г.).

113. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы *AUDIT*-подобных тестов [Текст] / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.– 2009.– № 2 (16).– С. 56–70.

114. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В.Ю. Завьялов.– Новосибирск: Наука, 1998.– 196 с.

115. Червинская К.Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний [Текст] / К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова / Под ред. Л.И. Вассермана.– СПб.: Ювента; Издательский центр «Академия», 2002.– 624 с.

116. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей [Текст] / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка.– Харьков: Торнадо, 2003.– 352 с.

117. Русалов В.М. Опросник структуры темперамента (ОСТ) [Текст] / В.М. Русалов.– М.: ИП АН СССР, 1990.– 50 с.

118. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии [Текст] / Г.В. Залевский.– Томск: Изд-во Томского ун-та, 1993.– 272 с.

119. Диагностика состояния агрессии (опросник Басса-Дарки) [Текст] / Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. Дерманова И.Б.– СПб., 2002.– С.80–84.

120. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учебное пособие.– 3-е изд., стереотип. [Текст].– СПб. : Речь, 2008.– 392 с.

121. Назыров Р.К. Научный анализ состояния психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития. Текст диссертации доктора медицинских наук.– СПб., 2012.– 602 с. [Электронный документ]: URL: <http://www.dissercat.com/content/nauchnyi-analiz-sostoyaniya-psikhoterapii-v-rossii-i-teoretiko-metodologicheskoe-obosnovanie#ixzz4E6bd0Fp6> (Дата обращения 07.07.2016 г.).

122. Назыров Р.К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. Методические рекомендации [Текст] / Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло, С.В. Ляшковская, [и др.].– СПб: Из-во Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2014.– 19 с.

123. Николаев Е.Л. Психотерапия невротических расстройств в контексте дискурсивных особенностей личности [Текст] / Е.Л. Николаев, Е.С. Сулова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии.– 2011.– № 7.– С. 134–151.

124. Зубарева О.А. Мишени психокоррекции пациентов с острыми формами ишемической болезни [Текст] / О.А. Зубарева // Ученые записки.– 2014.– № 8 (114).– С.74–79.