

УДК: 616.89-008.19-056.1-055:351.74-051-057.875

*В.Ю. Омелянович***ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СОСТОЯНИЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ МВД**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическая адаптация, психический дистресс, парциальная психическая дезадаптация, психосоматические расстройства, симптоматическая структура, сотрудники органов внутренних дел

В последние годы в научной литературе получила широкое развитие идея об отсутствии резких граней между здоровьем и болезнью, о необходимости углублённого рассмотрения групп риска, составляющих важнейший раздел превентивной психиатрии, что особенно актуально для ведомственных психологических и психиатрических служб системы МВД [1 - 3].

До настоящего времени имеются значительные различия как в клиническом понимании, так и в терминологии реакций и состояний, относимых к нозологическим формам психической патологии: авторы использовали такие термины, как «аномальные реакции», «варианты субклинического реагирования», «пре-невротические состояния», «третье состояние» [4, 5]. С. Б. Семичёв предложил назвать их «явлениями психической дезадаптации» [5], не включая в них нозологические единицы психических заболеваний, а Ю. А. Александровский использовал термин «непатологические невротические проявления», характеризующиеся неспецифическими общевевротическими симптомами [6].

Кроме того, принимая во внимание общепринятую в отечественной научной среде точку зрения о единстве биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в этиологии психосоматических расстройств, когда ПСР рассматриваются в качестве психогенно обусловленных соматических нарушений [7]. Один из наиболее известных в психосоматической медицине авторов А.Б.Смулевич [8] определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматиза-

цией психических нарушений.

Таким образом при изучении процессов психической адаптации к специфическим условиям службы в органах внутренних дел представляется необходимым рассматривать в качестве типичных проявлений дезадаптации не только состояния парциальной психической дезадаптации, но и психосоматозы. При этом следует подчеркнуть, что нам представляется весьма объективным мнение R. Jenckins отмечающего, что высокий уровень распространенности «малой психиатрической патологии» у лиц трудоспособного возраста заставляет изучить эту проблему не только в аспектах заболеваемости, но и применительно к помехам производству, т.е. относительно степени адаптации к профессиональной деятельности [9].

Учитывая вышесказанное, целью настоящей работы явилось изучение гендерных особенностей состояний парциальной психической дезадаптации и психосоматических расстройств, как базиса для дальнейшего изучения патопсихологических характеристик функционирования основных психологических феноменов, задействованных в процессах психической адаптации к специфическим условиям служебной деятельности в органах внутренних дел.

В соответствии с поставленной целью, основными задачами настоящего исследования являлось выявление выраженности симптоматического дистресса у лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации и страдающих психосоматическими расстройствами, структуры и тяжести психопатологических симптомов, характеризующих состояние пациентов данных категорий, а так же установление гендерной специфичности выявленных особенностей.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования являются результаты экспериментально-психологического обследования 2123 человек, из них - 1630 сотрудников ГУМВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института МВД Украины.

Первую исследовательскую группу составили пациенты в состоянии парциальной психической дезадаптации (ППД): 125 мужчин-сотрудников ОВД (70,0% группы сотрудников ОВД) и 54 женщины (30,0% группы), а так же 63 мужчины-курсанта (100% группы курсантов). К данной группе были отнесены лица, выделенные ($p < 0,001$) из статистической совокупности обследованных сотрудников ОВД по результатам иерархического кластерного анализа интегральных показателей симптоматического дистресса методики SCL-90-R, без признаков выраженной социально-психологической дезадаптации, при наличии периодических, преходящих, фрагментарных невротических симптомов.

Вторая исследуемая группа состояла из пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами (ПСР): 213 сотрудника-мужчины (77,74% группы сотрудников ОВД) и 61 женщина (22,26%), а так же 21 мужчина-курсант (48,84% группы курсантов) и 22 женщины (51,16%). К этой группе были отнесены пациенты, наблюдающиеся у врачей-интернистов по поводу заболеваний, традиционно относящихся к разряду психосоматозов (вегетососудистая

дистония, артериальная гипертензия, нейродермиты и др.).

Используемая в качестве контрольной, группа практически здоровых (ПЗ) состояла из 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же из 388 курсантов, из которых 291 (75,0%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25,0%) – к женскому.

Структура и выраженность психопатологической симптоматики изучались при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), разработанного L.R. Derogatis и соавт. в адаптации Н.В. Тарабриной [10]. Ответы интерпритировались по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (SOM), обсессивности-компульсивности (О-С), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранойяльных тенденций (PAR), психотизма (PSY) и по трем интегральным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PSD).

Для проведения математически-статистической обработки полученных результатов использовались однофакторный дисперсионный анализ с использованием классического метода Фишера (ANOVA) [11] и эксплораторный факторный анализ [12].

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение основных характеристик и гендерных особенностей психосоматических расстройств и состояний парциальной психической дезадаптации, предусмотренных задачами настоящей работы, наиболее целесообразно начать с оценки паттернов психологических симптомов у данных групп пациентов в каждом отдельно взятом гендере.

Согласно результатам однофакторного дисперсионного анализа показателей методики SCL-90-R (таб. 1), в рамках мужского гендера, у представителей группы ППД наблюдались статистически значимо ($p < 0,0001$) большие показатели как по всем шкалам опросника, так и по интегральным показателям GSI, PST и PSDI, нежели у представителей групп ПСР и ПЗ. В свою очередь, у лиц, страдающих ПСР, показатели симптоматических шкал и интегральных

показателей были значимо ($p < 0,018$) более высокими, чем у практически здоровых.

Ведущими в клинической картине состояний ППД у мужчин были обсессивно-компульсивные симптомы, а так же симптомы тревожности, враждебности и различные телесные недомогания. У пациентов с психосоматическими расстройствами ведущими были симптомы соматизации, паранойяльности, межличностной сензитивности и симптомы обсессивно-компульсивного круга.

При сравнении показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R у пациентов женского гендера (таб. 1.) так же в большинстве случаев имели место статистически значимые ($p < 0,009$) более высокие показатели у представителей группы ППД, в меньшей степени – у представителей группы ПСР и минимальные – у практически здоровых.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показателей методики SCL-90-R представителей исследуемых групп сотрудников ОВД

группы	среднее			ППД-ПСП		ПСП-ПЗ		ППД-ПЗ	
	ППД	ПСП	ПЗ	F	p	F	p	F	p
мужской гендер									
GSI	0,53	0,13	0,05	478	1E-81	77,32	9E-18	64,64	5E-14
PST	35,12	10,08	4,06	140,7	1E-17	77,99	7E-18	157,59	1E-27
PSDI	1,23	0,93	0,79	36,91	2E-09	5,56	0,018	14,4	1E-04
SOM	0,63	0,21	0,08	429,4	3E-75	66,67	1E-15	54,19	3E-12
O-C	0,67	0,18	0,08	542,4	6E-09	42,88	1E-10	85,11	2E-17
INT	0,7	0,17	0,09	508,5	1E-85	32,92	1E-08	93,31	1E-18
DEP	0,5	0,13	0,04	370,5	6E-67	57,83	8E-14	48,69	3E-11
ANX	0,52	0,11	0,03	391	7E-70	51,01	2E-12	55,48	2E-12
HOS	0,53	0,14	0,04	375,6	1E-67	50,59	3E-12	48,06	4E-11
PHOB	0,28	0,03	0,01	133,4	2E-28	6,65	0,01	25,83	8E-07
PAR	0,66	0,2	0,08	420,1	6E-74	34,32	7E-09	59,16	5E-13
PCY	0,26	0,04	0,01	106,8	2E-23	20,51	7E-06	18,57	2E-05
ADD	3,58	0,99	0,35	381	2E-68	46,48	2E-11	51,2	1E-11
женский гендер									
GSI	0,31	0,16	0,05	249,9	1E-35	13,83	4E-04	35,55	1E-08
PST	23,34	12,68	3,94	366,1	7E-45	13,1	6E-04	38,09	4E-09
PSDI	1,23	0,96	0,82	13,58	3E-04	4,11	0,046	2,34	0,128
SOM	0,36	0,21	0,08	65,53	9E-14	4,92	0,03	19,39	2E-05
O-C	0,46	0,2	0,07	186,7	2E-29	17,32	8E-05	21,92	6E-06
INT	0,48	0,24	0,09	168,1	2E-27	11,93	9E-04	19,4	2E-05
DEP	0,3	0,16	0,04	110,5	2E-20	7,57	0,007	23,82	2E-06
ANX	0,2	0,1	0,03	92,28	8E-18	7,01	0,01	20,4	1E-05
HOS	0,29	0,12	0,05	67,17	5E-14	10,95	0,001	9,61	0,002
PHOB	0,11	0,05	0,01	37,32	6E-09	3,38	0,07	12,62	5E-04
PAR	0,54	0,25	0,06	188,7	1E-29	14,08	3E-04	32,19	5E-08
PCY	0,11	0,05	0,01	38,93	3E-09	2,41	0,125	20,19	1E-05
ADD	2,03	1,24	0,38	75,53	2E-15	2,6	0,111	14,17	2E-04

Вместе с тем, по показателям шкал фобической тревожности (PHOB), психотизма (PCY) и дополнительной психологической симптоматики (ADD) между группами ППД и ПСП статистически значимых отличий выявлено не было

($p < 0,07$), хотя показатели по этим шкалам у представителей указанных групп были значимо ($p < 0,0005$) большими, чем у практически здоровых. Кроме того, сравнение групп ПСП и ПЗ у представителей женского гендера выявило от-

сутствие статистически значимых отличий в выраженности индекса симптоматического дистресса (PSDI), тогда как представители группы ППД имели значимо ($p < 0,046$) более высокие показатели по этому критерию, чем лица, составившие группы ПСР и ПЗ.

Данные факты свидетельствуют о том, что, хотя женщины-сотрудники, страдающие психосоматическими расстройствами и находящиеся в состоянии парциальной психической дезадаптации, в равной мере проявляли большую, нежели практически здоровые, склонность к развитию стойких фиксированных ре-

акций страха и стремление к избегающему близким контактам стилю жизни, интенсивность отклоняющегося от нормы психологического состояния была значительно выше у женщин в состоянии парциальной психической дезадаптации.

Рассматривая гендерные особенности выраженности симптоматического дистресса, следует отметить, что при сравнении показателей методики SCL-90-R представителей групп ПСР и ПЗ мужского и женского гендера сотрудников ОВД (таб. 2.) статистически значимых отличий ни по одной из шкал выявлено не было ($p > 0,11$).

Таблица 2

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) методики SCL-90-R при сравнении гендерных групп сотрудников ОВД

группа	СОТРУДНИКИ ОВД						КУРСАНТЫ			
	ППД		ПСР		ПЗ		ПСР		ПЗ	
показат	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
GSI	5,694	0,019	0,387	0,535	0,117	0,732	2726	2E-40	15,2	3E-20
PST	16,92	7E-05	1,102	0,295	0,109	0,741	1,78	0,057	68,2	2E-15
PSDI	2E-04	0,988	0,063	0,803	0,098	0,755	0,842	0,364	2,7	0,101
SOM	6,636	0,011	0,007	0,934	0,086	0,77	0,001	0,973	37,6	2E-09
O-C	4,697	0,032	0,279	0,598	0,745	0,388	5,718	0,021	23,7	2E-06
INT	4,989	0,027	1,985	0,161	0,026	0,873	3,347	0,004	18	3E-05
DEP	4,143	0,044	0,513	0,475	0,163	0,687	0,879	0,354	23,9	1E-06
ANX	9,424	0,003	0,03	0,863	0,346	0,556	0,916	0,344	43,9	1E-10
HOS	5,862	0,017	0,157	0,693	0,758	0,384	0,185	0,669	22,9	2E-06
PHOB	2,724	0,102	1,38	0,242	0,054	0,816	1,388	0,061	22,4	3E-06
PAR	1,484	0,226	0,823	0,365	2,639	0,105	0,824	0,369	22,2	4E-06
PCY	2,21	0,14	0,54	0,463	1,118	0,291	1,546	0,045	11,4	8E-04
ADD	5,778	0,018	0,541	0,463	0,12	0,729	2,175	0,026	25,4	7E-07

Вместе с тем, у представителей мужского гендера группы ППД статистически значимо в большей степени, нежели у женщин в состоянии парциальной психической дезадаптации, были выражены симптомы соматизации дистресса ($p=0,011$), поведенческие когнитивные эквиваленты обсессивных симптомов ($p=0,032$), межличностная сензитивность ($p=0,027$), когнитивные и соматические корреляты депрессии ($p=0,044$), тревожности ($p=0,003$), а так же более выраженный уровень аффективных симптомов враждебности ($p=0,017$).

Кроме того, у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации, два из трех обобщенных индек-

сов дистресса (общий индекс тяжести симптомов GSI и количество симптомов дистресса PST) имели значимо ($p < 0,019$) более высокие значения, чем у представителей женского гендера.

Все описанные выше выявленные особенности, подтверждая адекватность выделения группы практически здоровых, свидетельствуют о том, что если при возникновении психосоматических расстройств структура симптоматического дистресса у обоих гендеров была одинаковой, то состояние парциальной психической дезадаптации у мужчин в большей степени, нежели у женщин, характеризовалось сочетанием депрессивно-тревожных и компульсивных симптомов, сочетающихся с чувством собственной неполноценности и агрессивности в процессе

межличностных контактов. Вообще, состояние парциальной психической дезадаптации у мужчин протекали с гораздо более разнообразной и в большей степени выраженной психопатологической симптоматикой, нежели у женщин.

С целью дальнейшего изучения гендерных особенностей структуры психопатологической симптоматики была предпринята попытка проведения эксплораторного факторного анализа показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R. В результате проведенного анализа у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, как в состоянии ППД, так и страдающих ПСР, не было выявлено каких-либо компонент, несущих значимые факторные нагрузки, позволяющие расценивать, присущие тем или иным шкалам методики, симптомы в качестве составляющих выделенных факторов (таб. 3.). В отли-

чие от пациентов с недостаточными адаптационными резервами (группы ППД и ПСР), у представителей группы ПЗ было выделено два фактора, один из которых включал в себя показатели шкал SOM, O-C, INT, PAR, а второй – DEP, ANX, HOS, PHOV.

Симптомы шалы PCY равно относились как к первому, так и ко второму факторам. Учитывая тот факт, что преобладающие в структуре первого фактора сочетались симптомы обсессивно-компульсивного, паранойяльного и сензитивного круга, в совокупности с симптомами соматизации, представляется возможным назвать данный фактор обсессивно-паранойяльным, тогда как второй фактор, в котором доминировали симптомы депрессии, тревожности, фобии и враждебности, следует квалифицировать как тревожно-депрессивный фактор.

Таблица 3

Результаты эксплораторного факторного анализа (матрица повернутых компонент) показателей симптоматических шкал методики SCL-90-R у сотрудников ОВД и курсантов ВУЗа МВД

группа	гендер	группа	фактор	SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOV	PAR	PCY	ADD
сотрудники	М	ПЗ	1	0,47	0,66	0,8	0,41	0,16	0,17	0,13	0,72	0,27	0,67
			2	0,34	0,32	0,19	0,64	0,77	0,74	0,53	0,21	0,21	0,06
	Ж	ППД	1	0,16	0,68	0,85	0,7	0,33	0,62	0,72	0,69	0,83	-0,1
			2	0,78	0,26	0,26	0,51	0,8	-0,1	0,37	-0,2	0,48	0,59
		ПЗ	1	0,7	0,19	0,24	0,72	0,81	0,41	-0,1	-0,1	0,01	0,27
			2	-0,3	0,2	0,72	0,33	0,21	0,71	0,45	0,66	0,05	0,1
			3	0,25	0,75	0,23	0,06	0,12	-0,01	0,43	0,13	0,7	0,7
			4	0,75	0,58	0,09	0,47	0,79	0,18	0,74	0,03	0,69	0,71
курсанты	М	ППД	2	0,15	0,42	0,88	0,7	0,05	0,56	0,28	0,04	0,28	0,08
			3	-0,1	0,09	0,05	-0,1	0,23	0,44	-0,1	0,93	0,03	0,37
			4	0,84	0,91	0,73	0,74	0,84	0,36	0,26	0,62	-0,1	0,58
		ПСР	2	0,26	0,11	0,1	0,54	0,32	0,79	0,64	0,65	0,86	0,69
			3	0,06	0,69	0,75	0,64	0,2	0,63	0,37	0,73	0,48	0,4
		Ж	ПЗ	2	0,85	0,18	0,04	0,47	0,76	0,14	0,22	0,17	0,3
	3			0,83	0,76	0,48	0,12	0,84	0,75	0,81	0,22	0,65	0,7
	ПЗ		1	0,83	0,76	0,48	0,12	0,84	0,75	0,81	0,22	0,65	0,7
			2	0,22	0,39	0,56	0,81	0,15	0,32	0,07	0,83	0,3	0,46

В контрольной группе женского гендера (ПЗ) было выделено три фактора, первый характеризовался симптомами соматизации, депрессии и тревоги, что позволило назвать его тревожно-депрессивным фактором, который, в отличие от мужского гендера, имел тенденции к соматизации. Второй фактор характеризовался сочетанием симптомов враждебности, межличностной сензитивности, фобии и паранойяльности, по-

лучил название фактора нарушений межличностных взаимоотношений. Третий фактор – обсессивно-фобический, в нем преобладали симптомы обсессивно-компульсивных, фобических расстройств, психотизма и дополнительные соматизированные симптомы.

У пациентов, страдавших ПСР, составивших женский гендер, как и у мужчин, страдавших ПСР, статистически значимых факторов выяв-

лено не было, тогда как в группе ППД женского гендера определялись два таких фактора. Первый характеризовался симптомами обсессивно-компульсивных, депрессивных, фобических, паранойяльных расстройств, психотизма и враждебности, что, с учетом симптоматического разнообразия его структуры, позволило квалифицировать его в качестве полиморфного психопатологического фактора. Второй фактор выявил превалирование симптомов соматизации, тревоги и дополнительных соматизированных симптомов, что позволяет рассматривать его как фактор соматизированной тревоги.

При сравнении показателей методики SCL-90-R у представителей различных гендеров курсантов ВУЗа системы МВД с использованием однофакторного дисперсионного анализа было выявлено, что показатели всех интегральных и симптоматических шкал опросника, за исключением шкалы PSDI, у лиц, составляющих группу ПЗ, имели статистически значимо ($p < 0,05$) большее значение у представителей женского гендера, причем структура превалирующей симптоматики в рамках данной группы, наоборот, не имела отчетливо выраженных гендерных особенностей (таб. 2.).

Как и у практически здоровых мужчин, так и у женщин, превалировали симптомы межличностной сензитивности (INT) и дополнительные соматизированные симптомы (ADD). Это указывает на определенную однородность структуры оценки психического состояния практически здоровыми, вне зависимости от гендерной принадлежности, а так же на то, что женщины в большей степени, чем мужчины, озабочены состоянием своего здоровья и, возможно, выявляют некоторые аггравационные тенденции.

Среди различных гендеров, составленных пациентами, страдающими ПСР, статистически значимые отличия наблюдались только по шкалам GSI, O-C, INT, PSY и ADD ($p < 0,05$), при этом, как и у практически здоровых курсантов, большие значения указанных шкал имели место у представителей женского гендера. Принимая во внимание, высказанное выше предположение о присущих женскому гендеру аггравационных тенденциях, больший интерес, по видимому, представляет не столько факт большей выраженности симптомов межличностной сензитивности, психотизма и т.д. у женщин, страдающих ПСР, сколько гендерное своеобразие симптоматической структуры, выявленной с помощью методики SCL-90-R.

У представителей мужского гендера курсан-

тов, страдающих ПСР, как и у мужского гендера сотрудников ОВД, в симптоматической структуре рассматриваемых расстройств превалировали показатели шкал дополнительных соматизированных симптомов (ADD) и непосредственно симптомов соматизации (SOM), что вполне понятно и не требует дополнительных пояснений. В то же время, у представителей женского гендера, страдающих ПСР, как и у практически здоровых, хотя и в значительно большей степени, наиболее выраженными были симптомы межличностной сензитивности, паранойяльности и дополнительные соматизированные симптомы. Учитывая то, что названная превалирующая симптоматика у женщин, страдающих ПСР, в отличие от практически здоровых, сочеталась с обсессивно-компульсивными симптомами, представляется возможным выдвинуть предположение, что, и так присущая женщинам, озабоченность своим состоянием в процессе развития психосоматических расстройств подкрепляется обсессивными тенденциями, играющими, возможно, достаточно важную роль в самих механизмах развития ПСР. Следует подчеркнуть, что наличие в симптоматической структуре психосоматических расстройств у женщин обсессивно-компульсивной симптоматики имело место и у представителей женского гендера сотрудников ОВД, страдающих ПСР (таб. 2.), что не может не свидетельствовать об особой роли данного вида психопатологических проявлений в патогенезе психосоматических расстройств у женщин.

Как и при рассмотрении симптоматической структуры ППД и ПСР у сотрудников ОВД, показатели шкал методики SCL-90-R у курсантов ВУЗа системы МВД были подвергнуты эксплораторному факторному анализу (таб. 3.). По результатам проведенного анализа в женском гендере курсантов, страдающих ПСР, как и при анализе сотрудников ОВД, особенности структуры анализируемого массива данных не позволили выделить какие-либо специфические группы, в которых особенностям психопатологической симптоматики была бы присуща достаточная факторная нагрузка. В группе ПЗ женского гендера отчетливо определялись два фактора – 1 характеризовался достаточно полиморфной симптоматической картиной, а во 2 превалировали симптомы межличностной сензитивности, депрессии и паранойяльности, что указывает на его сходство с фактором нарушений межличностных взаимоотношений у практически здоровых представителей женского

гендера сотрудников ОВД.

У практически здоровых курсантов-мужчин было выявлено две группы превалирующих симптомов – группы симптомов соматизации, дополнительных соматизированных симптомов и симптомов депрессии (2 фактор), т.е. группы соматизированной депрессивной симптоматики; и достаточно полиморфной симптоматической группы, образывающей 1 фактор.

У представителей мужского гендера курсантов, страдающих ПСР, в результате проведенного факторного анализа было выявлено два кластера симптомов, 1 из которых (аффективно-ассоциированный фактор) определялся симптомами соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности и симптомами обсессивно-компульсивного круга, а 2 (нарушений межличностных взаимоотношений) – симптомами враждебности, фобий, психотизма, а так же паранойяльными и дополнительными соматизированными симптомами. Это указывает на то, что хотя у курсантов, как и у сотрудников ОВД, в клинической картине ПСР преобладали одни и те же симптомы (соматизации), факторная структура ПСР все же имела у них определенные отличия.

Приблизительно то же самое можно сказать и в отношении группы ППД мужского гендера: если у сотрудников ОВД симптоматическая картина парциальной психической дезадаптации была достаточно однородной, то у курсантов 1 фактор характеризовался преобладанием симптомов соматизации, тревожности, фобий, паранойяльности, обсессивно-компульсивными и дополнительными соматизированными симптомами, т.е. выявлял полиморфные в клиническом плане характеристики; 2 фактор определялся симптомами межличностной сензитивности, депрессии и враждебности, т.е. симптоматикой преимущественно аффективного плана; 3 фактор – симптомами враждебности и паранойяльности, что позволяет квалифицировать его в качестве фактора нарушений межличностных взаимоотношений.

Таким образом, в результате проведенного обследования становится возможным утверждать, что выраженность симптоматического дистресса значительно выше в состоянии парциальной психической дезадаптации, чем в рамках психосоматических расстройств, а так же указать на целый ряд гендерных особенностей симптоматической структуры состояний ППД и ПСР как у сотрудников ОВД, так и у курсантов

ВУЗов МВД.

Ведущими в клинической картине, как состояний ППД, так и ПСР у представителей обоих гендеров сотрудников ОВД являются обсессивно-компульсивные симптомы, а так же проявления межличностной сензитивности, собственной неполноценности, подозрительности, тревожности и враждебности. Вместе с тем, у мужчин в состоянии ППД общий уровень дистресса, а так же выраженность межличностной сензитивности, когнитивных и соматических коррелят депрессии, тревожности, поведенческие эквиваленты обсессивных симптомов и уровень враждебности выражены в значительно большей степени, чем у женщин, тогда как в случае возникновения ПСР гендерные отличия в выраженности психопатологической симптоматики исчезают.

В отличие от сотрудников ОВД, у представителей мужского гендера курсантов симптоматическая психопатологическая структура ППД и ПСР является достаточно полиморфной, что позволяет говорить о наличии двух основных симптоматических факторов, включающих в себя специфические симптомокомплексы и характеризующих данные патологические состояния: аффективно-ассоциированного фактора и фактора нарушений межличностных взаимоотношений, а для ППД – еще и третьего, полиморфного симптоматического фактора. У представителей группы ПСР женского гендера курсантов психопатологическая симптоматика достаточно однородна и характеризуется преобладанием обсессивно-компульсивных, соматизированных симптомов, симптомов межличностной сензитивности и паранойяльности.

Выявленные особенности психопатологической симптоматической структуры ПСР и состояний ППД могут лечь в основу структурирования психологических интервенций и дифференцированного распределения усилий ведомственных подразделений психологического обеспечения и психиатрической помощи в направлении проведения психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий с целью компенсации состояния психического дистресса, повышения результативности служебной деятельности и качества жизни сотрудников органов внутренних дел, а так же могут быть базисом дальнейшего исследования патопсихологических механизмов формирования состояний парциальной психической дезадаптации и развития психосоматических расстройств.

В.Ю. Омелянович

**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ СТАНІВ
ПАРЦІАЛЬНОЇ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У
ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА КУРСАНТІВ ВНЗІВ МВС**

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати вивчення структури та виразності психопатологічної симптоматики станів парціальної психічної дезадаптації та психосоматичних розладів як проявів психічного дистресу, який викликаний специфічними особливостями службової діяльності. Детально описані результати експериментально-психологічного обстеження 2123 працівників органів внутрішніх справ та курсантів ВНЗу МВС, відокремлені симптоматичні фактори, які превалюють в клінічній картині вказаних станів, вивчені та описані гендерні особливості їх психопатологічних проявів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 62-69).

V.Yu. Omelyanovich

**GENDER PECULIARITIES OF SYMPTOMATIC STRUCTURE OF PARTIAL
PSYCHOLOGICAL DEADAPTATION STATES AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS
AMONG THE OFFICERS OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS BODIES AND
MILITARY STUDENTS OF INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION OF MINISTRY OF
INTERNAL AFFAIRS**

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The article deals with the results of study of the structure and intensity of psychopathological symptomatology of the partial psychological deadadaptation states and psychosomatic disorders as the emergence of psychic distress caused by specific peculiarities of the official activities. A detailed description of the results of experimental and psychological survey of 2123 employees of Ministry of Internal Affairs bodies and military students of institutions of higher education of Ministry of Internal Affairs has been given, the symptomatic factors prevailing in the clinical performance of the above mentioned states have been singled out, gender peculiarities of their psychopathological emergence have been studied and described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 62-69).

Литература

1. Барко В.І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічний аспект): Монографія. К.: Ніка-Центр, 2002. — 296 с.
2. Гордеева А.В., Гордеев В.А. Особенности психических состояний сотрудников Государственной службы охраны. // Психологические технологии в экстремальных видах деятельности. Материалы IV международной научно-практической конференции. — Донецк, 2008. — С. 139-142.
3. Семке В. Я. К поиску новых парадигм превентивной психиатрии: решение проблемы на рубеже веков // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 6. — С. 4-7.
4. Снедков Е. В., Нечипоренко В. В. Динамический диагноз — адекватный подход к диагностике транзиторных личностных расстройств: Тезисы докладов Всеармейской научно-практической конференции. — М., 1992. — С. 351-353.
5. Семичёв С. Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина. - 1987 — 183 с.
6. Астапов Ю. Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооружённых Сил Украины // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 111-112.
7. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 3-4. — С. 133-140.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. Под ред. Сидорова П.И.. - М.: МЕДпресс-информ. — 2006. - 568 с.
9. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: "Наука". - 1988. - 270 с.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер. - 2001., - С. 146-181.
11. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — Ст. Пб. — 1996. — С. 224-246.
12. Купер К. Индивидуальные различия. Москва: Аспект-пресс, 2000.

Поступила в редакцию 26.04.2012