

*В.Л. Олефиренко, В.Ю. Омелянович*

## **ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ В СИСТЕМЕ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Отдел охраны здоровья УВВД Украины в Донецкой области, Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, экстремальные ситуации, психопрофилактика, профессиональный отбор

Работа оперативных сотрудников органов внутренних дел сопряжена с исполнением служебных обязанностей в условиях, требующих высокого уровня психического и физического напряжения, адекватного реагирования в быстро меняющейся обстановке, нередко представляющей опасность для жизни. Риск заболевания пограничными психическими расстройствами среди них значительно больший, нежели у представителей других небезопасных профессий [21]. Психолого-психиатрический отбор кандидатов на такую службу требует качественного исследования и прогнозирования эффективности адаптационных возможностей личности в условиях воздействия экстремальных стрессовых факторов. Следует отметить, что к исследованию проблемы изучения роли тех или иных характе-

рологических особенностей, как «факторов риска» в патогенезе ПТСР, обращались многие авторы [7, 8, 11, 12, 22, 23, 27], однако исследования проводились после пребывания пациентов в экстремальной ситуации, что неизбежно приводило к использованию лишь косвенных, а порой и недостаточно стандартизированных данных о преморбидных личностных особенностях больных посттравматическим стрессовым расстройством [28]. Данное положение в совокупности со спецификой службы в ОВД (напряженный ритм работы, вовлеченность в сложные, зачастую связанные с негативными эмоциями, интраперсональные взаимоотношения, высокая степень риска воздействия сверхсильных стрессовых факторов) обуславливают актуальность настоящего исследования.

### **Материалы и методы исследования**

В работе использованы результаты обследования 363 оперативных сотрудников органов и подразделений внутренних дел, из которых 263 человека побывали в экстремальных ситуациях. Так как обследование проводилось спустя не менее нескольких недель после воздействия экстремальных стрессоров (свидетельство гибели товарища, применение табельного оружия на поражение, ранение от рук преступника и т.д.), основной исследуемой группой были лица с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) — 45 человек (17,1 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации). Кроме того, из числа сотрудников ОВД, побывавших в экстремальной ситуации, была выделена группа лиц, у которых определялись отдельные симптомы ПТСР, однако психосимптоматика характеризовалась

фрагментарностью, аморфностью, недостаточной выраженностью и, с позиций клинко-динамического подхода к изучению психических расстройств так называемого «невротического регистра» [1-2, 13-17], была отнесена к постстрессовым расстройствам доклинического уровня (ПСПД) — 66 человек (25,1% лиц, побывавших в экстремальной ситуации). 3 группа (152 человека — 56,8 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации) — лица, побывавшие в экстремальной ситуации, которым в результате обследования был выставлен диагноз: Без психических расстройств (группа БПР).

Контрольная группа (КГ) была составлена методом случайного выбора и состояла из 100 оперативных сотрудников подразделений УМВД, которые в процессе своей служебной

деятельности не подвергались воздействию экстремальных психогенных факторов.

С целью выявления преморбидных личностных особенностей, способных сыграть негативную или позитивную роль в процессе постстрессовой адаптации была использована, хорошо зарекомендовавшая себя в общей и судебной психиатрии, психологии, при отборе спецконтингентов в авиационной и космической медицине [4-6, 9, 19], а так же в исследованиях, посвященных проблеме посттравматического стрессового расстройства [24-26], методика многоосевого исследования личности (ММПИ) [3] (обследование проводилось до пребывания в экстремаль-

ной ситуации) и личностный (семантический) дифференциал (ЛСД), разработанный Ленинградским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева [9].

Для выявления закономерностей между личностными особенностями пациентов и степенью психопатологических последствий пребывания в экстремальной ситуации, объективизации исследования и определения уровня статистической значимости полученных результатов были использованы параметрические методы математической статистики (однофакторный дисперсионный анализ Фишера (ANOVA) и корреляционный анализ Пирсона) [18].

### Результаты исследований и их обсуждение

Кроме широко используемых методов вторичной психопрофилактической работы посттравматических стрессовых расстройств (диагностика на ранних этапах развития патологического процесса), принимая во внимание специфичность контингента и рассматриваемой патологии, на наш взгляд следует особое внимание уделить разработке подходов первичной профилактики посттравматических стрессовых расстройств, заключающихся в комплексе мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья, предупреждение возникновения психических заболеваний.

С учетом того, что пребывание в экстремальной ситуации может вызвать психопатологическое состояние у любого человека, а исключение возможности получения травматического опыта невозможно, т.к. работа в органах внутренних дел так или иначе связана с потенциальным риском пребывания в экстремальной ситуации, единственно возможными путями снижения вероятности возникновения постстрессовых расстройств, в рамках первичной психопрофилактики, являются:

1) специализированный личностно-ориентированный профессиональный отбор на должности сотрудников ОВД лиц, с адаптивными формами реагирования на воздействие экстремальных психотравмирующих факторов;

2) психологическое тренинговое закрепление и развитие адаптивных форм поведения в собственных для службы в ОВД экстремальных ситуациях.

Для решения данных задач, необходимо определить какие именно личностные факторы являются желаемыми в плане профилактики постстрессовых расстройств, а какие, напротив, следует рас-

сматривать как прединспирующие, условно патогенные. Результаты теста ММПИ, с использованием которого проводилось обследование на момент приема на службу как лиц, в последствии побывавших в экстремальной ситуации, так и сотрудников, составивших контрольную группу, могут дать нам именно эту информацию.

Для выявления личностных условно-патогенных факторов, способствующих развитию постстрессовых расстройств, или, иными словами, затрудняющих нормальное функционирование защитных психологических механизмов, следует, на наш взгляд, рассмотреть отличия между характерологическими особенностями сотрудников ОВД, составивших группы ПТСР, ПСРД (лица, у которых, в той или иной степени, наблюдались психопатологические последствия пребывания в экстремальной ситуации, т.е. барьер психической защиты был, в большей или меньшей степени, поврежден) и БПР (лица, у которых после воздействия схожих с представителями вышеуказанных групп психотравмирующих факторов, адаптационные психологические резервы оказались адекватными травматическому опыту). При сравнении показателей шкал ММПИ (таб. 1) статистически значимые отличия между группами. ПТСР и БПР (на момент приема на службу) имели место между показателями шкал: 1 — соматизации тревоги ( $p < 0,00001$ ), 7 — психастении ( $p < 0,00001$ ), 8 — аутизации ( $p < 0,00001$ ), 5 — мужественности/женственности ( $p = 0,0006$ ), 6 — ригидности аффекта ( $p = 0,03$ ), 0 — социальной интраверсии ( $p < 0,00001$ ), F — аггравации ( $p = 0,006$ ) и К — самооценки ( $p = 0,008$ ), причем во всех случаях, кроме шкалы самооценки, более высокие показатели отмечались в группе ПТСР.

**Результаты анализа (ANOVA) показателей теста ММРІ сотрудников ОВД  
до пребывания в экстремальной ситуации**

шкалы	Среднее				P				
	ПТСР	ПСРД	БПР	КГ	ПТСР-ПСРД	ПТСР-БПР	ПТСР-КГ	ПСРД-БПР	БПР-КГ
L	43,16	49,27	45,26	49,08	0,005919	0,215057	0,001221	0,017013	0,005563
F	46,56	42,42	43,01	48,17	0,011406	0,005839	0,328203	0,620936	5,42E-06
K	48,76	52,35	52,74	51,53	0,055438	0,007955	0,103472	0,783698	0,328906
1	54,13	49,97	46,26	49,38	0,17965	5,63E-06	0,02183	0,027502	0,005495
2	44,09	47,86	42,36	49,96	0,034734	0,267585	0,000161	0,000153	8,24E-10
3	47,51	44,64	47,72	49,55	0,024073	0,840874	0,141762	0,001017	0,043893
4	50,22	47,89	50,79	53,56	0,285398	0,717011	0,064784	0,046101	0,020443
5	43,73	48,24	36,97	43,51	0,040903	0,000591	0,896044	7,25E-09	1,87E-05
6	43,33	40,12	40,02	45,64	0,034158	0,024947	0,220117	0,940443	4,11E-05
7	64,24	53,74	48,24	52,38	0,001116	7,81E-14	1,73E-07	0,006084	0,004345
8	61,09	42,09	46,17	49,94	1,15E-08	1,53E-09	3,68E-05	0,02731	0,015858
9	58,09	57,18	59,66	58,25	0,470209	0,244813	0,916831	0,038214	0,222337
0	45,36	44,05	36,35	48,37	0,554993	3,79E-08	0,64211	4,69E-08	0,000821

При сравнении групп ПТСР и ПСРД у представителей группы ПТСР так же имели место более высокие показатели по шкалам F ( $p=0,01$ ), 6 ( $p=0,03$ ), 7 ( $p=0,001$ ) и 8 ( $p<0,00001$ ). Кроме того, у представителей группы ПСРД отмечались более низкие значения шкалы 3-вытеснения факторов, вызывающих тревогу ( $p=0,02$ ) и более высокие показатели шкал L ( $p=0,006$ ), 2 ( $p=0,04$ ) и 5 ( $p=0,04$ ). В свою очередь, при сравнении групп ПСРД и БПР были выявлены статистически значимые ( $p<0,0001$ ) отличия между показателями всех шкал, кроме L, F, K и 6 — ригидности аффекта. Значения 1, 2, 5, 7 и 0 шкал были большими у представителей группы ПСРД, а 3, 4, 8 и 9 шкал — в группе БПР.

Таким образом, как у пациентов с ПТСР, так и у лиц с ПСРД на момент приема на службу статистически более высокие значения, нежели у представителей группы БПР, имели показатели 1-й (соматизации тревоги), 5-й (мужественности/женственности), 7-й (фиксации тревоги), 8-й (аутизации) и 0-й (социальной интраверсии) шкал теста ММРІ. Характерологические особенности и склонность к определенным видам психологического реагирования, соответствующие выраженности показателей этих шкал следует, на наш взгляд, рассматривать как потенциально патогенные, способствующие возникновению постстрессовой психопатологической симптоматики.

Более высокие значения показателей 1-й шкалы у представителей групп ПТСР и ПСРД указывают на то, что к прединспонирующим личностным факторам в патогенезе постстрессовых расстройств следует относить склонность

к повышенному вниманию к процессам, происходящим в собственном организме, к желанию снискать сочувствие у окружающих, к пессимизму и повышенной устойчивости аффективно насыщенных переживаний, приводящей к длительной идеаторной переработке возникающих недомоганий. Характерологические особенности, способствующие развитию постстрессовых расстройств, заключаются также в повышенном внимании к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, сентиментальности, сензитивности (более высокие показатели 5-й шкалы), а также застенчивости, нерешительности, склонности к болезненному самонаблюдению и озабоченности вопросами морали (более высокие показатели 7-й шкалы). Данные психологические особенности дополняются педантичностью, конформностью, замкнутостью и стремлением к избеганию конфликтов (0-я шкала) и, что особенно важно, ориентацией на внутренние критерии, приводящей к нарушению адекватного реагирования при поступлении «отрицательных сигналов» из вне (8-я шкала). Исходя из того факта, что у лиц, составивших группу БПР, после воздействия экстремальных психотравмирующих факторов, схожих с теми, которые воздействовали на представителей группы ПТСР, постстрессовое расстройство не развилось, а у лиц, составивших группу ПСРД, психопатологическая симптоматика давала возможность говорить только о доклинических, предболезненных состояниях, следует рассматривать представителей групп ПСРД и БПР, как лиц, обладающих, по всей видимости, большей выраженностью оп-

ределенных характерологических черт, позволившей наиболее адекватно реализовать процесс психологической адаптации после получения травматического опыта. Для выявления этих личностных черт следует, на наш взгляд, выявить отличия показателей шкал опросника ММРІ у представителей групп ПСРД, БПР и контрольной группы, представляющей собой срез общемилицейской выборки.

При сравнении показателей шкал ММРІ статистически значимые отличия между группами ПТСР и КГ (на момент приема на службу) определялись по шкалам L — лжи ( $p=0,001$ ), шкале 1 — соматизации тревоги ( $p=0,02$ ), 2 — депрессии ( $p=0,0002$ ), 7 — психастении ( $p<0,00001$ ) и 8 — аутизации ( $p<0,00001$ ). При этом по 1, 7 и 8 шкалам у представителей группы ПТСР имели место более высокие значения, чем в КГ, а по шкалам L и 2 — более низкие.

При сравнении результатов ММРІ группы ПСРД и КГ статистически значимые отличия ( $p<0,01$ ) имели место между показателями шкал F — аггравации, 3 — вытеснения факторов, вызывающих тревогу, 4 — психопатии, 6 — ригидности аффекта и 8 — аутизации (по всем шкалам большие значения отмечались у представителей группы ПСРД), а при сравнении группы БПР и КГ по всем шкалам, кроме К-самооценки и 9 — гипомании, значимо ( $p<0,02$ ) большие показатели отмечались у представителей контрольной группы.

Таким образом, как у пациентов с ПСРД, так и у представителей группы БПР, в отличие от контрольной группы, на момент приема на службу имели место значимо более высокие значения по шкале реализации эмоционального напряжения в непосредственном поведении (4 шкала) и, напротив, значимо меньшие показатели шкал аггравации (шкала F), вытеснения факторов, вызывающих тревогу (3 шкала), фиксации тревоги (6 шкала) и шкалы аутизации (8 шкала). Характерологические особенности и склонность к определенным видам психологического реагирования, соответствующие выраженности показателей этих шкал, следует, на наш взгляд,

рассматривать как факторы, препятствующие нарушению барьера психологической защиты в экстремальных ситуациях.

К психологическим особенностям, увеличивающим адекватность психической защиты при воздействии экстремальных психотравмирующих факторов, следует отнести хорошую организацию активности, конструктивный взгляд на возникающие ситуации (шкала F), определенный скептицизм, критическое отношение к своему поведению и окружающей действительности (низкие показатели 3-й шкалы), общительность, некоторая поверхностность в межличностных контактах, напористость, даже определенное упрямство, храбрость (более высокие показатели 4-й шкалы), отсутствие аффективной ригидности, дружелюбие и отсутствие честолюбивых установок (более низкие показатели 6-й шкалы). Особое внимание следует уделить тому факту, что у лиц с достаточно развитой системой стрессовой адаптации имели место более низкие показатели 8-й шкалы (по сравнению с контрольной группой), в отличие от тех, у кого развились постстрессовые расстройства (более высокие показатели 8-й шкалы, в сравнении с группой БПР). Исходя из этого, можно предположить, что особую роль в процессе психологической защиты, при наличии травматического опыта, могут играть такие характерологические особенности, как уступчивость, подчиняемость, легкость вовлечения в межличностные контакты, консерватизм суждений, банальность системы представлений, тогда как остроумие, творческий потенциал, своеобразие суждений и гибкость ума могут сослужить сотрудникам ОВД плохую службу при возникновении экстремальных ситуаций.

Достаточно интересным, на наш взгляд, представляется исследование субъективного самосознания тех черт характера, которые выше рассматривались, как условно патогенные или, напротив, желаемые. Для выполнения этой задачи был проведен корреляционный анализ показателей методик ММРІ и ЛСД в рамках четырех обследуемых групп (таб. 2).

Таблица 2

**Результаты корреляционного анализа выделенных шкал методик ММРІ и ЛСД у пациентов с клинически выраженным ПТСР**

Шкалы	1-О	1-С	1-А	7-О	7-С	7-А	8-О	8-С	8-А	0-О	0-С	0-А
r	-0,19	0,18	0,10	-0,28	0,16	0,06	-0,31	0,12	-0,12	0,22	-0,38	-0,02
p	3E-20	1E-24	1E-24	9E-25	1E-29	4E-29	7E-19	1E-22	5E-22	1E-21	8E-22	2E-23

Данный феномен позволяет, на наш взгляд, отнести к факторам риска развития клинически выраженных постстрессовых расстройств такую преморбидную особенность, как склонность оценивать личностную тревожность, мнительность, застенчивость, замкнутость и трудности в межличностных контактах в контексте собственной неполноценности, приводящей к неудовлетворенности самим собой, неуверенности и недостаточному самоконтролю. При анализе результатов ММРП и ЛСД лиц, у которых в дальнейшем, после пребывания в экстремальной ситуации, развилось постстрессовое расстройство доклинического уровня, также определялась статистически значимая отрицательная корреляция показателей 7-й, 8-й, 0-й шкал ММРП с одним из факторов ЛСД ( $p < 0,01$ ;  $r < -0,3$ ), однако в отличие от группы ПТСР, во всех трех случаях этим показателем выступал фактор силы.

Данное отличие следует, по всей видимости, объяснить тем, что представителями группы ПСРД описанные выше личностные особенности не воспринимались как снижающие уро-

вень собственной значимости, а, скорее всего, являлись отражением сознания подчиненного положения, недостатка независимости и самоуверенности, объективным предпосылками чего и являются характерологические черты, оцениваемые шкалами фиксации тревоги, аутизации и социальной интраверсии.

В пользу данного утверждения свидетельствует и тот факт, что у представителей группы ПСРД отмечается отрицательная корреляция ( $p < 0,01$ ;  $r = -0,5$ ) шкалы соматизации тревоги, шкалы вытеснения факторов, вызывающих тревогу и фактора силы ЛСД, указывающая на субъективную осознаваемую связь выраженности волевых качеств личности с решительностью и эмоциональной адекватностью, в решении психологических проблем (таб.3). Честолюбие, твердость, упрямство и ригидность аффекта интерпретировались в сознании представителей группы ПСРД в интровертные характеристики собственной личности (отрицательная корреляция 6-й шкалы и фактора активности:  $p < 0,01$ ;  $r = -0,3$ ).

Таблица 3

**Результаты корреляционного анализа выделенных шкал ММРП и ЛСД групп ПСРД и БПР**

Группы	ПСРД		БПР	
	Коррел. Пирсона	Р	Коррел. Пирсона	Р
1-О	0,04362	9E-27	0,0177	9E-88
1-С	-0,4848	3E-28	0,03158	8E-95
1-А	-0,166	1E-28	-0,0261	1E-101
3-О	0,12787	9E-43	0,02962	4E-105
3-С	-0,6366	5E-40	0,06725	2E-109
3-А	0,01653	2E-45	0,04078	1E-120
4-О	0,34147	2E-36	-0,0921	8E-89
4-С	-0,519	1E-33	-0,0522	3E-95
4-А	0,09618	3E-37	0,02685	3E-104
5-О	0,27497	1E-32	0,08346	1E-46
5-С	-0,1087	2E-34	0,16692	2E-61
5-А	0,10664	1E-34	-0,0649	5E-61
6-О	-0,2036	3E-30	-0,0455	2E-65
6-С	-0,0201	1E-36	0,04193	2E-77
6-А	-0,3049	2E-35	-0,1144	6E-81
7-О	-0,0361	4E-27	0,03412	2E-74
7-С	-0,4443	4E-29	0,00561	3E-82
7-А	-0,1206	1E-29	-0,0259	1E-86
8-О	-0,1055	8E-25	0,01016	3E-66
8-С	-0,5514	2E-27	0,08907	3E-77
8-А	-0,2365	8E-28	-0,0299	4E-79
0-О	-0,1208	4E-30	-0,0321	3E-62
0-С	-0,3252	6E-34	-0,0569	1E-72
0-А	-0,3772	5E-32	0,03222	2E-82

Характерно, что в положительной самооценке данной группы лиц особую роль играли также черты личности как конформность, приверженность правовым нормам, скрытность, следование иерархическим социальным установкам (отрицательная корреляция показателей 4-й шкалы ММРІ и фактора оценки:  $p < 0,01$ ;  $r = -0,3$ ).

В группе БПР ни по одной из шкал ММРІ, оценивающих, как указывалось выше, личностные особенности, благоприятно влияющие на сохранность барьера психологической защиты при воздействии экстремальных психотравмирующих факторов, статистически значимых корреляций с показателями факторов ЛСД выявлено не было ( $r < 0,2$ ).

Таким образом, лица с высоким уровнем стрессоустойчивости (группа БПР) не используют в субъективной семантической самооценке те характерологические черты, которые могут сыграть положительную или отрицательную роль в постстрессовом адаптационном процессе, тогда как лица с низкой стрессоустойчивостью (группа ПТСР) осознавали эти личностные особенности и, более того, заниженность их самооценки во многом зависела от выраженности характерологических черт, представляющих потенциальный риск в рамках патогенеза посттравматического стрессового расстройства.

Таким образом, в результате проведенного исследования удалось выделить характерологические особенности, которые следует рассматривать как условно-патогенные или, напротив, благоприятные в плане эффективности процесса постстрессовой психической адаптации, профилактики посттравматических стрессовых расстройств. С учетом того, что оперативная рабо-

та в органах внутренних дел связана с высоким риском возникновения экстремальных ситуаций, представляется целесообразным использование выявленных особенностей в процессе профессионального медико-психологического отбора, а так же при разработке специфических тренинговых программ, направленных на формирование у сотрудников ОВД адаптивных форм поведения в условиях повышенного риска воздействия экстремальных психотравмирующих факторов.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что исследование проводилось с целью разработки первичных психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ПТСР, т.е. патологии, возникающей в результате воздействия стрессоров «исключительно угрожающего или катастрофического характера» [10] и авторы считают своим долгом предостеречь практикующих психологов и врачей-психиатров от механического переноса полученных данных в поле профилактики всех невротических и связанных со стрессом психических расстройств или принятия выявленных характерологических особенностей как единственно желаемых при проведении профессионального отбора на должности оперативных сотрудников органов внутренних дел. Для разработки такой, на наш взгляд, крайне актуальной и сложной проблемы, как личностно-ориентированный профессиональный отбор в системе органов внутренних дел вообще, необходимо проведение дальнейших полидисциплинарных (медико-психологические, социально-психологические, психиатрические, психофизиологические) исследований.

*Олефіренко В.Л., Омелянович В.Ю.*

## **ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В МЕЖАХ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ В СИСТЕМІ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Відділ охорони здоров'я УМВС України в Донецькій області, Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

В статті, на ґрунті дослідження репрезентативної вибірки співробітників ОВС, які перебували в надзвичайних ситуаціях (263 пацієнта) та групи співробітників ОВС, які не були під впливом екстремальних стресорів (100 осіб), були розглянуті преморбідні особистісні особливості, які здібні зіграти як позитивну, так і негативну роль в процесі післястресової адаптації. На базі отриманих результатів були висунуті загальні напрямки профілактики посттравматичних стресових розладів в системі органів внутрішніх справ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 45-51)

**PERSONAL-ORIENTED APPROACH WITHIN THE INITIAL PSYCHOPROPHYLAXIS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN THE SYSTEM OF INTERNAL AFFAIRS BODIES**

Health Protection Department of Interior Department of Ukraine in Donetsk region, Donetsk State Medical University by M. Gorky

Premorbid personal peculiarities which are capable of exerting both positive and negative influence on the process of post-stressing adaptation, were examined in the article on the basis of the research of representative sampling of IAB employees who were in extreme situations (263 patients) and the group of IAB employees who were not affected by extreme stressors (100 persons). On the basis of the obtained results some common trends of prophylaxis of posttraumatic stress disorders in the system of internal affairs bodies were put forward. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 45-51)

*Литература*

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. - Т 1. - Красноярск, 1990. - С. 4-6.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А. и др. Структура предболезненных нервно-психических расстройств по данным скрининга // Тезисы II научно-практической конференции психиатров и наркологов Донбасса. - Донецк, 1990. - С. 66-67.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - Киев., 1976.
4. Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психопатологическая диагностика интеллекта и личности. - Киев., 1978.
5. Бурлачук Л.Ф. Исследования личности в клинической психологии. - Киев., 1979.
6. Виноградов М.В., Буйлов Н.К., Варламов В.А., Ермаков А.И., Молькова Н.Г., Мягких Н.И. Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел. - М., 1982.-С.14-53.
7. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О. с соавт. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Метод. рекомендації. - Харків, 2002. - С. 21-25.
8. Гурин И.В. Предикторы развития посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами // В кн.: 12 съезд психиатров России: Материалы съезда. - М., 1995. - С.147-148.
9. Личностный дифференциал. Методические рекомендации министерства здравоохранения СССР. - Ленинград., 1983.
10. Личностный дифференциал. Методические рекомендации министерства здравоохранения СССР. - Ленинград., 1983.
11. Марчук Т.С. Типи дебютів і перебігу ПТСР та стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання (клініка, діагностика). Автореф. дис. канд. мед. н., К. - 2003, 20 с.
12. Напресенко О.К., Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стрессового розладу // Архів психіатрії. - 2002. - № 1(28). - С. 117-119.
13. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. - Киев., 1976.
14. Семке В.Я. Ранняя диагностика и психопрофилактика пограничных состояний // Актуальные вопросы пограничной психиатрии. Ч. I. - Москва-Витебск. - 1989. - С. 87-90.
15. Семке В.Я. Донозологические и начальные формы в клинике пограничной психиатрии // Клинические и организационные аспекты начальных проявлений нервно-психических заболеваний. - Барнаул. - 1987. - С. 45-47.
16. Семке В.Я., Савиных А.Б. Типология и психопрофилактика донозологических форм психодезадаптационных состояний в условиях севера Сибири // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1989. - N11. - С. 78-87.
17. Семке В.Я., Савиных А.Б. и др. Экстранозологический подход к анализу пограничных состояний // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. - Томск. - 1990. - С.54-55.
18. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. С.-Пб., 1996. - С. 158-177.
19. Собчик Г.Н. Методическое пособие по применению теста ММПИ. - М., 1971.
20. Табачников А.Е. Пограничные психические расстройства у работников угольных предприятий: Дис. ... канд. Мед. наук.-М. - 1991.
21. Фролова А.А. // Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.
22. Jordan B. K., Schlenger W.E., and all. // Arch.gen Psychiatr. - 1991. - P. 207-215.
23. Kentsmith D. K. Aviat. Space Environ. Med. - 1980. - Vol. 51, N 4. - P. 409-413.
24. Keane T.M., Malloy, P.F. & Fairbank, J.A. Em-pirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consult-ing and Clinical Psychology. - 1996, N 52, -P. 888-891.
25. Klonoff H., Clark, C., Horgan, J., Kramer, P. & Mcdougall, G. The MMPI profile of prisoners of war. Journal of Clinical Psychology, - 1976, N 32, -P. 623-627.
26. Schnurr P.P., Friedman M.J. & Rosenberg S.D. Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. // American Journal of Psychiatry. - 1993, N 150, - P. 479- 483.
27. Schnurr P.P. & Vielhauer M.J. Personality as a risk factor for PTSD. // Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.- 1999. -P. 191-222.
28. Phillip W. Long. Posttraumatic Stress Disorder. // PTSD Research is published by the Harvard Colleg. Harvard.-1997.-P. 12-14.

Поступила в редакцию 28.06.03