

УДК: 616.89-008

*А.В. Абрамов***ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: адаптация, стресс, сотрудники органов внутренних дел

Труд сотрудников милиции относится к тем видам деятельности, отличительной особенностью которых является постоянное столкновение с опасностью. Чрезвычайные обстоятельства и экстремальные условия деятельности стали неотъемлемой частью профессионального опыта правоохранительных органов. У работников опасных профессий стресс как состояние психического напряжения, возникающее при столкновении субъекта с профессионально-специфичными событиями и ситуациями, вызывается, с одной стороны, повседневной напряженной деятельностью, приводящей к профессиональному истощению, а с другой - так называемыми «критическими инцидентами», во время которых им приходится стать свидетелями гибели или серьезных ранений людей, либо события в целом принимают катастрофический характер. Кроме того, существуют вторичные факторы возникновения стресса, обусловленные характером социальных отношений в подразделениях и усиливающие действие первичных факторов. К таким вторичным факторам относится недостаточность материального и морального поощрения, отказ в необходимой медицинской, психологической и социальной помощи, несправедливые обвинения, грубость и нетактичность окружающих - в частности, начальствующих лиц [1].

Соображения практики выдвинули в настоящее время в ведомственной науке на одно из важных мест проблему напряжения, перенапряжения и адаптации, связанную с функционированием органов внутренних дел (ОВД) в экстремальных условиях, где на человека воздействуют множество стрессогенных факторов.

Под психической адаптацией понимается непрерывный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса. Для описания результата адаптационного процесса используется термин «адаптированность». Психическая адаптированность включает уровень фактического приспособления человека, уровень его социального статуса и самоощущения удовлетворенности или неудовлетворенности собой и своей жизнью [2]. Согласно Ф.Б. Березину [3], психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении

психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям среды. Тем самым понятие психической адаптации является экстраполяцией принципа гомеостатического уравнивания на взаимодействие индивида и его окружения [4]. В то же время имеются и альтернативные точки зрения. Так, В.М. Воробьев [5,6] к психической адаптации относит психическую регуляцию только в состоянии стресса, в проблемной психической ситуации, признаки которой включают: а) наличие потребности в разрешении глобального конфликта; б) принципиальную неразрешимость глобального конфликта привычными средствами; в) связанную с этим высокую степень психической напряженности.

Важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем, как указывает Ю.А. Александровский [7], является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуальная личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Соответственно адаптация человека проявляется возникновением приспособительных форм поведения при переменах обстановки [8]. Как подчеркивает В.М. Воловик [9], психическая адаптация - это активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивида с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни.

В 1936 году канадский физиолог Ганс Селье обратил внимание на то, что различные инфекционные болезни начинаются одинаково: подъем температуры, слабость, боли в суставах, ломота, озноб. Эксперименты подтвердили, что не только инфекции, но и такие вредоносные факторы, как охлаждение, ожоги, ранения, отравления, наряду с сугубо характерными только для них последствиями, вызывают ряд однотипных биохимических, физиологических и поведенческих реакций.

В 1956 году, спустя двадцать лет после своей первой публикации, Г. Селье дал такое определение стресса: «неспецифический ответ организма на любое требование, которое к нему предъявляется».

Это значит, что при различных экстремальных ситуациях внешне поведенческий ответ личности каждого человека будет разным, в то время как внутренний физиологический ответ будет одинаковым и вы-

разится в трех стадиях развития стресса.

Г.Селье показал независимость процесса приспособления организма человека от характера воздействия экстремального фактора. Воздействующие факторы (стрессоры) могут быть самыми различными, но независимо от своих особенностей они вызывают в организме человека однотипные изменения, обеспечивающие адаптацию [10,11].

То есть, и в результате функционирования личного состава МВД в условиях вооруженного конфликта, или обезвреживания вооруженных террористов при захвате заложников, или действий в условиях природных катастроф или техногенных аварий, изменения в организме этих людей будут происходить одни и те же, характерные для адаптационного синдрома по Г.Селье, хотя поведение будет разным.

Общепринятым является представление о том, что психика является «наиболее совершенным и наиболее ранимым аппаратом приспособления человека к социальной и экологической среде», соответственно при действии на организм экстремальных нагрузок, особенно в ситуации хронического напряжения, этот вид адаптации может нарушаться в первую очередь [12].

Изменение психического состояния сотрудника, находящегося на службе, в большинстве случаев вооруженного, может привести к нарушению привычного ритма общественной жизни; дезорганизовать работу государственных и общественных институтов, подвергнуть угрозе жизнь и здоровье людей, сохранность материальных ценностей, усугубить криминогенность обстановки и подорвать профессиональный авторитет сотрудников МВД среди населения [74].

Нарушение психической адаптации в условиях хронической стрессогенной ситуации развивается поэтапно, соответственно 3 этапам, рассматриваемым как последовательные стадии психологического кризиса [13,14]:

1) тревога, во время которой сопротивление организма понижается (фаза шока), а затем включаются защитные механизмы;

2) сопротивление, когда напряжением систем функционирования организма достигается его приспособление к новым условиям, предъявляющим повышенные требования;

3) истощение, в которой выявляется несостоятельность защитных механизмов организма и нарастает нарушение согласованности жизненных функций, наступает их рассогласование, дезинтеграция.

По нашему мнению, вышеописанные последовательные стадии психологического кризиса на физиологическом уровне аналогичны описанной Г.И. Кошицким [15] последовательности стадий хронического стресса. Трудность, замедленность или неполнота адаптации личности к измененным, особенно экстремальным условиям, проявляются в форме дезадаптированного отклоняющегося поведения [16]. Нарушение отдельных составляющих психической адаптации, согласно описанию Ф.Б. Березина [3], представляется при этом следующим образом:

а) нарушение собственно психической адаптации проявляется в форме пограничных психопатологических явлений, которые носят характер неврозов, функциональных расстройств, сопровождающихся ощущением болезни и определяющихся в основном интрапсихическими конфликтами.

б) снижение эффективности социально-психологической адаптации выражается тенденцией к возникновению неадекватного поведения в сфере межличностных отношений, которое зависит от особенностей личности, от ее неадаптивного формирования, и приводит к рассогласованию взаимодействия между индивидуумом и окружением (психопатические реакции или состояния);

в) ухудшение преимущественно психо-физиологической адаптации проявляется в психосоматических, или так называемых «функциональных» расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья);

Согласно международной классификации болезней — МКБ-10 (рубрика F-4), эти расстройства в настоящее время определяются как «невротические, связанные со стрессом, соматоформные». Они разделяются на группы расстройств; в рубрике F-43 «реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации», в рубрике F43.0 - «острая реакция на стресс» (ОСР), F43.1 — «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Раздел F43.2. - «расстройства адаптации» - включает восемь симптомов, в том числе наиболее часто наблюдаемые «смешанные тревожные и депрессивные реакции», «смешанные расстройства эмоций и поведения» и другие.

Нарушение психофизиологической адаптации описывается в целом в рамках астеноневротических и ипохондрических реакций [17]. Именно астеноневротический синдром является наиболее универсальным проявлением любых состояний психической дезадаптации [7]. Он включает расстройства психической работоспособности при полной интеллектуальной сохранности (понижение «психического тонуса» - интенции, нарушение активного внимания, специфические изменения ассоциативной деятельности и др.), эмоциональные нарушения, развивающиеся на фоне измененного самочувствия (подавленность, беспредметное недомогание, сочетающееся с неудовольствием, раздражительностью, беспокойством), соматические и вегетативные дисфункции - головную боль, расстройства сна, приступы сердцебиения и прочие «физические симптомы с психосоциальными компонентами» [18]. Клинически подобные нарушения описываются как психовегетативный синдром [19,20], являющийся нарушением целостности психовегетативной организации и выражающийся в расстройстве координации психологических, в первую очередь эмоциональных, физиологических и вегетативных функций. Естественно, что различные варианты адаптационных нарушений проявляются не изолированно, а в определенных сочетаниях друг с другом, варьирующихся по степени выраженности и характеру преобладания одного из них. Так, в клинической психиатрии принято считать, что неврозы представляют собой не самостоятельные нозологические сущности, а только клинические варианты единого психогенного заболевания (синдрома психической дезадаптации), связанные между собой многочисленными переходными и смешанными формами [21]. Причина этого кроется в том, что возникновение состояния психической дезадаптации возможно не при дезорганизации отдельных определяющих адаптированную психическую активность подсистем, а толь-

ко при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы в целом [7]. В случае затяжного протекания дезадаптоза указанные синдромы формируются поэтапно, в порядке нарастания степени выраженности нарушений.

1. Вначале происходит нарушение собственно психической адаптации, приводящее к снижению адекватности функционирования психической сферы и соответственно эффективности интеллектуальной деятельности. Происходит это вследствие того, что при дезадаптации функциональные звенья, обеспечивающие переработку информации - ее поиск, восприятие, анализ и синтез, хранение и использование - могут разрушаться, функционировать извращенно или на сниженном уровне [22]. Психическая напряженность проявляется в снижении устойчивости психических функций, приводящем к снижению эффективности деятельности, ее дезинтеграции [23], протекающем в следующих формах: тормозной (замедление выполнения интеллектуальных операций), импульсивной (ошибочные действия, суетливость) и генерализованной (срыв деятельности, сопровождаемый чувством безразличия, обреченности и депрессией).

2. На втором этапе добавляется ухудшение межличностного взаимодействия. Показано, что, следствием любого пограничного психического расстройства (дезадаптоза) является развитие в той или иной мере выраженной социальной дезадаптации [7].

3. Дальнейшее ухудшение состояния психической адаптации приводит к формированию более или менее отчетливых физиологических сдвигов. В выраженных случаях нарушения психической адаптации проявляются как клинически очерченные расстройства психического (а в связи с изменениями психофизиологических соотношений и соматического) здоровья, характер которых в существенной степени определяется преимущественным ухудшением того или иного аспекта психической адаптации [3]. При этом, по мнению того же автора, граница между дезадаптивными проявлениями (нормальные реакции личности, акцентированные личностные черты или адаптационные вегетативные реакции) и клинически выраженными психическими или психосоматическими расстройствами представляет собой не четкую линию, а более или менее широкую полосу с довольно большим числом переходных вариантов; именно возможность выявления таких зон неустойчивой адаптации позволяет своевременно осуществлять диагностику дезадаптоза и проводить психолого-коррекционные мероприятия (донозологическая диагностика и донозологическая терапия).

Особенностью нарушения психической адаптации в ситуациях, являющихся необратимыми, в которых действие завершено и событие невозможно изменить (потеря близких, несчастные случаи и т.п.), является возможность формирования неравновесных состояний низкого энергетического уровня, по терминологии А.О. Прохорова [24], и включающих в себя состояния безысходности, усталости, горя, подавленности и угнетенности, раздутья, тревоги, депрессии и неприязни. Подобные состояния характеризующиеся большой длительностью, продолжаясь годами и даже десятилетиями. Так, при психологическом исследовании жертв фашизма [25] было обнаружено, что даже по прошествии многих лет после заверше-

ния психотравмирующих ситуаций, реминисценции травматического опыта по-прежнему продолжают являться неотъемлемой частью их повседневной жизни, оказывая влияние на мировоззрение в целом, восприятие социальных отношений и самоидентификацию. У бывших военнопленных в катамнезе отмечаются наряду с посттравматическими стрессовыми расстройствами, нарушения социальной адаптации и тревожно-депрессивные расстройства [26]. Столь длительное существование психиатрической морбидности проявляется наличием у бывших узников войны даже спустя более чем 30 лет после освобождения симптомов депрессии, беспокойства, растерянности и эмоциональной отстраненности [27].

В качестве адаптивных психических процессов, противостоящих воздействию стрессоров и призванных предотвратить срыв психической адаптации, рассматриваются механизмы психической защиты [5]. Нарушение психической адаптации при этом обусловлено использованием неэффективных психических защит, не адекватных ситуации (вытеснение, рационализация и др.) или патологических эквивалентов (невротических симптомов, психопатических форм поведения, психотических феноменов). Как указывает А.А. Нальчаджан [28], не адекватные адаптивные стратегии или патологические эквиваленты обладают определенной целесообразностью на внутриспсихическом уровне, так как уменьшают психическую напряженность, но в то же время на более высоких уровнях снижают психическую адаптированность. В качестве подобных неоптимальных механизмов психической адаптации в стрессовых ситуациях описывается подавление отрицательных эмоций вкупе с избеганием поиска поддержки [29]. При этом посттравматическое подавление и отрицание эмоций оказывается адаптивным лишь в течение короткого времени [30].

На физиологическом уровне фазы развития дезадаптоза по мере накопления отрицательных эмоций, ухудшения состояния нервной системы (и организма в целом) вследствие затяжного характера стрессогенной ситуации и отсутствия выхода из нее, как мы упоминали ранее, описаны Г.И. Косицким [15]:

1. Фаза ВМА - внимание, мобилизация, активность.

2. Фаза СОЭ - стенические отрицательные эмоции (гнев, агрессия).

3. Фаза астенических отрицательных эмоций (тоска, отчаяние, депрессия, связанные с невозможностью выхода из ситуации). Известно, что отрицательные эмоции длительно удерживаются в центральной нервной системе и переходят в «застойное» состояние [31], или стационарную форму [32] за счет феномена суммации отрицательных эмоциональных возбуждений, вследствие функционирования физиологических механизмов, уподобляемых эпилептиформному синдрому [33].

4. Фаза срыва адаптации (невроз). На этой фазе хроническая психическая напряженность, «застойные» отрицательные эмоции приводят к формированию нового устойчивого состояния мозга, при котором происходит перестройка взаимоотношений коры и подкорковых образований, проявляющаяся в частности нарушением вегетативной регуляции внутренних органов (психосоматическая патология) и рассматриваемая в качестве динамического церебровисцерального синдрома эмоционального стресса [32].

Нарушения адаптации проявляются также в форме эмоционально-волевых расстройств, развития неврозоподобных состояний, неадекватного поведения [34].

Р. Лазарус, развивая учение о стрессе, выдвинул концепцию, согласно которой разграничиваются физиологический стресс, связанный с реальным раздражителем, и психический (эмоциональный) стресс, который предшествует ситуации, наступает заблаговременно [35]. При этом человек оценивает предстоящую ситуацию как угрожающе-трудную. Эти разделения, конечно, несколько условны. Ответ организма человека на экстремальную ситуацию всегда носит цельный характер,

При соотнесении понятий «системный» и «психологический» стресс, для человека зачастую системный стресс сводится к эмоциональному [3]. Исследования хронического стресса [34] показали, что в основном не физиологический, а именно «психический уровень адаптации явился наиболее чутким индикатором» стресса. По сути, для человека стресс как правило является индивидуально воспринимаемым феноменом, причина которого кроется в психологических процессах [36]. В качестве эмоционально-стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате психологической оценки ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой (аверсивной) при одновременной невозможности ее избегания [37]. Физиологические проявления при разных типах стресса однотипны, набор же психологических (эмоциональных, поведенческих) проявлений при психологическом стрессе разнообразнее [38]. Психическое, эмоциональное напряжение рассматривается при этом как форма стресса, наиболее адекватная для организма человека [39]. В связи с этим понятие стресса в психологических исследованиях предлагается несколько редуцировать, рассматривая его в первую очередь как состояние психической напряженности, операционной или эмоциональной [23]. Как отмечает К.В. Судаков [32], «центр тяжести исследования проблемы стресса из сферы нейроэндокринологических исследований перемещается в психическую сферу, основу которой бесспорно составляют эмоциональные переживания человека». Перечень факторов, являющихся причинами стресса у человека, включает [36]: физические факторы внешней среды, информационную нагрузку (необходимость ускоренной обработки информации), нарушенные (в результате болезни, нарушений сна и других причин) физиологические функции, психологические и психосоциальные факторы (отсутствие контроля над событиями, осознаваемую угрозу, изоляцию, групповое давление). При этом основным условием возникновения психологического стресса считается восприятие угрозы, особенно если угрозе подвергаются наиболее значимые для человека ценности [40]. Классификация психологического стресса осуществляется соответственно ведущим средовым факторам, вызывающим его возникновение [41]: внутриличностный (нереализованные притязания, потребности, бесцельное существование и т.п.); межличностный (субъективная оценка трудности межличностного взаимодействия, наличием актуальных конфликтов или угрозой их возникновения); личностный (при нарушении предписанных социальных ролей); семейный; рабочий (профессиональный, организационный);

общественный (испытывается большими группами населения в связи с экономическими проблемами, национальными и региональными конфликтами). В связи со спецификой набора провоцирующих стресс факторов, мы считаем необходимым выделить в числе форм психологического стресса в качестве отдельной формы стресс «сотрудника милиции», вызываемый воздействием на индивида стрессогенных факторов правоохранительной физической и социальной среды.

Исходя из представлений П.К.Анохина [42], стрессовые ситуации с наиболее мощными психосоматическими последствиями возникают на основе оборонительного возбуждения и произвольного подавления его моторных проявлений, что принципиально сходно с неотрагированными эмоциями человека; понятие «стресс» включает всю сумму реакций организма на нанесение чрезвычайного раздражения.

Ю.А. Александровский [7] считает, что возникновение состояний психической дезадаптации происходит при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы организма в целом, а не отдельных подсистем. И при этом происходит прорыв барьера психической адаптации.

Г.Селье [10] отмечает, что ответ на экстремальную ситуацию у каждого человека разный (неспецифический), т.е. у одного поднимается давление, у другого открывается старая язва, третий дает психическую реакцию с переходами всей гаммы эмоций от нормальной поведенческой, до фиксированной патологической. При одинаковой нагрузке у каждого человека рвется слабое звено в цепи его организма. Вначале эмоциональная реакция формируется как гнев или страх, способствуя, соответственно, крайнему поведению - нападению или бегству. Однако такое поведение может и отвергаться, если оценивается сознанием как нецелесообразное. Движение к полюсу эмоции «гнева» и поведенческим проявлениям «нападения» выражается в организме усиленной выработкой адреналина. Снижение выработки этого гормона снижает уровень бодрствования и может приводить к движению к полюсу эмоции «страха» и поведенческим состояниям в виде обороны и бегства.

Хотя эмоции обуславливают физиологические аффекты и энергию активности, они сами по себе не определяют действий взрослого человека в экстремальных условиях, так как переживания данного момента интегрируются в целостное поведение на базе сознания и опыта.

Однако при действии стрессогенных факторов у всех людей одинаково разовьются стадии стресса, хотя внешнее поведение может быть разным. Одни капитулируют перед трудностями службы, другие мобилизуют все свои физические и духовные возможности, чтобы противостоять им.

Первая стадия стресса по Г.Селье - реакция тревоги (фаза шока), выражающаяся в мобилизации всех ресурсов организма, и в первую очередь сложных физиологических и биохимических, способствующих быстрому проявлению оборонительной реакции, или, как ее часто называют, «реакции борьбы и бегства». Эта реакция была сильно развита у наших предков и при малейшей угрозе обеспечивала им максимальную быстроту мобилизации сил, необходимых для борьбы с врагом, стихийными бедствиями или бегства от них. Но некоторые личности не выдерживают такой

мобилизации, и при воздействии интенсивных стрессогенных факторов у них могут возникнуть «острые реакции на стресс», (по МКБ-10, F43.0), которые более заметны на поведенчески психопатологическом уровне. Хотя по своей сути они тоже являются стрессогенно посттравматическими, многие [43,44] не считают их таковыми.

Стресс вызывает, прежде всего, активацию симпатической нервной системы (и ее медиаторов - адреналина и норадреналина) - ведь именно она является посредником между внешними воздействиями и состоянием внутренних органов. Активность этой системы направлена на мобилизацию ресурсов организма, на создание или увеличение его готовности к действию: учащаются или усиливаются сокращения мышцы сердца; глюкоза освобождается и выделяется в кровь, где служит готовым «топливом» для мышечной активности; кровоснабжение кожи и внутренних органов уменьшается (бледность лица при волнении), а мышц и мозга - увеличивается. Регуляцию работы внутренних органов, процессов обмена, кровообращения, пищеварения, дыхания, осуществляет вегетативная нервная система, которая старается всегда сохранить постоянство и равновесие внутренней среды организма, его гомеостаз - с помощью еще одной подсистемы - парасимпатической.

Парасимпатическая нервная система, в основном, обеспечивает снижение энергетического обмена, восстановление «запасов энергии», торможение, замедление и нормализацию функций систем организма. Медиатором (посредником), осуществляющим передачу возбуждения путем электрического импульса в нейроне, в парасимпатической нервной системе является ацетилхолин. Для развития стрессовых реакций у конкретной личности необходимо включение главного звена - «реакции борьбы или бегства». Только тогда происходит рефлекторная активация коры надпочечников и мощный вторичный выброс в кровь адреналина и норадреналина, при этом повышается артериальное давление, учащаются пульс и дыхание, повышается уровень холестерина в крови.

Е. Черепанова [44] считает, что на этой стадии человек находится в «предстартовой готовности», физически и психологически чувствует себя приподнято. На этой фазе часто психосоматические заболевания (гастриты, колиты, язвы, мигрени, аллергии) как бы проходят, но к третьей стадии возвращаются с утроенной силой. В качестве примера автор ссылается на события 1992 - 1993 гг., когда наше общество было стрессировано чрезвычайно быстрыми социальными, экономическими, политическими переменами. Именно в это время больницы и поликлиники опустели, так как люди вынуждены были мобилизовать все имеющиеся в их распоряжении адаптационные ресурсы, запас которых не безграничен, на выживание в сложных условиях.

Вторая стадия - адаптация, или сопротивление, когда организму удается за счет предшествующей мобилизации успешно справиться с вредоносными факторами. В этот период может наблюдаться повышенное стрессоустойчивости, которое происходит путем глубокой адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Раскрытые на первой стадии адаптационные резервы продолжают функционировать, человек приобретает опыт устойчивости и

уверенности в своей силе и действиях.

Еще исследования В.Кеннона [45] показали, что организм стремится всегда обеспечить постоянство и равновесие состава своей внутренней среды и уровней функционирования всех систем. Но, когда организму предъявляются новые требования, происходит перестройка, которая через цепь преобразований восстанавливает прежнее равновесие, но уже на ином уровне. При этом он подчеркнул, что новые условия могут определяться не только физическими раздражителями, но и психологическими причинами.

Если же не удастся приостановить действие стрессогенных факторов, наступает третья стадия стресса.

Третья стадия - истощение. Приспособительные возможности организма снижаются, накапливается усталость. В этот период человек хуже сопротивляется воздействию новых стрессоров, увеличивается опасность заболеваний. Вновь возникают сигналы тревоги, как в первой стадии, но теперь уже «внутри» на фоне истощения адаптационной энергии. В это время необходима помощь «извне»: либо поддержка систем адаптации (психотерапевтическая, медикаментозная, психологическая), либо устранение стрессоров. При достаточно сильных и частых стрессах в реакцию организма личности дополнительно вовлекаются эндокринные системы, действие которых является еще более длительным и может влиять отрицательно на внутренние органы. Повышается риск развития как инфаркта миокарда, инсульта, язвы желудка, гипертонии, так и функциональных «соматоформных расстройств» согласно МКБ-10 F45. Таким образом, можно предположить, что признаки развития расстройств, связанных со стрессом клинически выражаются не только в психических расстройствах, но и в соматических нарушениях.

По мнению В.П. Вахова [46], в качестве реакций адаптации в стрессогенной обстановке могут выступать гипердинамические (поведенческие, двигательные), гиперпсихические (коммуникативные, когнитивные) реакции, а также реакции вегетативной активации. Т.А. Немчин [47] особо выделяет в ситуации хронического нервно-психического напряжения дезадаптивные реакции, к которым в частности относятся отказ от сознательного контроля своего состояния и «захваченность» чрезмерным эмоциональным реагированием, либо оторванность от реальности, когда человек перестает отличать свои представления от действительности и погружается в мечты и фантазии.

Стойкая адаптация к условиям длительной нервно-психической напряженности приводит к переходу психики, всего организма человека в качественно иное состояние по сравнению с исходным. Поэтому даже при адекватном протекании адаптационного процесса, смена средовых условий с возвратом к нормальным условиям жизни и деятельности требует соответствующей реадaptации [48] - как психологической, так и социально-психологической (ресоциализации).

В целом, говоря о структуре процесса психической адаптации, необходимо подчеркнуть, что комплексное рассмотрение его, с учетом взаимных связей между эмоциями и физиологией, адаптацией психологической и социальной, неизбежным образом тре-

бует сочетания психологического и физиологического подхода, приводя по мнению С.Р. Kimball [50], «от психопатологии и патофизиологии к социопсихопатологии, или психосоматической медицине».

Специалисты США всесторонне изучают механизмы возникновения стресса и возможные пути его предупреждения среди личного состава войск [51-57]. По их прогнозу, потери в результате получения психических травм в будущих войнах могут возрасти вследствие усиления напряженности боевых действий, повышения убойной силы оружия и общего усложнения обстановки на поле боя. В США также разрабатываются фундаментальные вопросы нейрофизиологии и поведения людей с целью более глубокого понимания воздействия на личный состав различных видов стрессогенных факторов, подробно изучаются поведенческие реакции и патофизиология стресса. Специалисты Натикского центра научно-прикладных исследований установили, что фаза устойчивого сопротивления воздействию факторов стресса характеризуется резким усилением деятельности определенных отделов головного мозга, что сопровождается ускоренным расходом медиатора нервных импульсов - норадреналина, от которого зависит способность организма противостоять факторам стресса. Нагрузки стрессовой ситуации ведут к истощению запасов норадреналина и требуют их быстрого наращивания, иначе в организме наступают нервно-психические нарушения, которыми характеризуется психическая травма.

Так, разрушая психологические, физиологические, адаптационные возможности человека, стресс, по-видимому, способствует развитию психических нарушений. Как же конкретно развиваются заболевания и меняется поведение человека после перенесенных стрессовых ситуаций? Некоторые заболевания, связанные со стрессом, - это результат избыточной, повторяющейся «бомбардировки» органов избытком аварийных гормонов.

Ю.А. Александровский [58,59] в своих исследованиях много внимания уделяет клинико-психопатологическим проявлениям стресса и считает, что показателем психической дезадаптации является нехватка адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, приобретающей индивидуально-экстремальный характер [56,59].

По данным врачей интернистов Германии, Франции и Австрии, у 25% обращающихся к врачу лиц обнаруживаются психовегетативные нарушения, функциональные нарушения органов, психосоматические заболевания и депрессивные состояния. Психические стрессоры вызывают более интенсивные реакции: в стадии тревоги одновременно с вегетативными и эндокринными защитными реакциями возникает также психическая готовность к борьбе, предрасполагающая к реакциям агрессии и страха.

S.J. Kaftarin [60] считает, что во второй стадии - адаптационного синдрома - многообразие психовегетативных расстройств способствует развитию у некоторых личностей ипохондрических расстройств (уходя в свои болезни, не всегда имеющие под собой объективную почву). В третьей стадии - истощения - в зависимости от конституционального предрасположения и иных факторов проявляются заболевания

внутренних органов или психические заболевания. Под влиянием хронического или постоянно повторяющегося стресса возникают депрессивные, ипохондрические, тревожные развития личности с возникновением риска развития алкоголизма, лекарственной зависимости, суицидального поведения (вторичные проявления воздействия стресса). Острым или хроническим стрессом могут быть спровоцированы проявления таких психических заболеваний, как эпилепсия, шизофрения и др. У людей пожилого возраста в 90% случаев развивается депрессия. Вышеуказанный автор для выработки стрессоустойчивости рекомендует обязательное применение психотерапии, считая, что без нее лекарственная терапия эффекта не дает.

В последнее время американское командование придает большое значение проблеме выработки у военнослужащих устойчивости к стрессам и расширения их психофизиологических возможностей. По оценкам военных психологов США, в современной войне в Европе до 50% всех потерь могут составить психические. Считается, что при достаточной подготовке личного состава и квалифицированной помощи более половины военнослужащих могут быть возвращены в строй через один - три дня. На основе этих выводов усиливается медико-психологическая подготовка солдат и офицеров. В штаты каждой дивизии включены психиатр, психолог и социолог. Осуществляются эксперименты по усилению стрессоустойчивости в бою с помощью медикаментозных средств. В ряде полевых уставов армии США подчеркивается, что достижение победы в войне в значительной степени зависит от состояния духа, физических способностей военнослужащих и их способности адаптироваться к экстремальным условиям с наименьшими потерями для своего организма [61-63].

Люди в отличие от животных, с одной стороны, располагают особой социальной системой материальной и духовной адаптации, с другой - их биологическая адаптация и дезадаптация зависят от различных социальных условий жизни и профессиональной деятельности. В современных социальных условиях происходит ускорение изменений в жизни, труде, быту людей, ритма жизнедеятельности, мобильности и миграции населения, освоения новых технологий. Все это требует новых форм и темпов физиологической и психической адаптации, новых средств и способов приспособления к быстро и резко меняющимся условиям. Учитывая сказанное, адаптацию личного состава системы МВД к резко и часто меняющимся условиям среды его функционирования, на наш взгляд, правомерно назвать медико-социальной.

Необходимо отметить, что на процесс физиологической адаптации оказывают влияние конституционно-типологические особенности, определяющие индивидуальную реактивность организма, его адаптационные особенности, своеобразие течения физиологических процессов, патологическое предрасположение [64]. В.П. Казначеев [65-67] описал три конституциональных типа, характеризующихся различными индивидуально-типологическими особенностями адаптации при длительном пребывании в экстремальных условиях.

1. Тип «спринтер» хорошо переносит действие раздражителей интенсивных по силе и кратковременных. В то же время он физиологически мало приспособлен

соблен к выдерживанию длительно действующих факторов средней и слабой интенсивности. Вследствие этого конституционально- адаптационные свойства «спринтеров» оказываются более выигрышными только в течение первых 2-3 лет пребывания в экстремальных условиях.

2. Тип «стайер» менее приспособлен к действию кратковременных и сильных экстремальных факторов. В то же время он способен сохранять повышенную устойчивость при нагрузках слабой и средней интенсивности, продолжительных по времени. Благодаря подобным конституционально- адаптационным свойствам «стайеры» после относительно кратковременной перестройки могут длительно сохранять оптимальный уровень адаптированности. В начальный же период адаптации (до одного года) «стайеры» по эффективности адаптации уступают «спринтерам».

3. Смешанный тип - «микст», занимает промежуточное положение между «стайером» и «спринтером».

Указанные закономерности представляется возможным распространить и на процесс адаптации к хронической психической напряженности. Так, две различные по скорости и устойчивости адаптации к условиям хронического эмоционального стресса группы, описываемые как группа успешной краткосрочной адаптации (с последующим ее срывом) и долгосрочной устойчивости, выделены при изучении психической адаптации мирного населения в зоне вооруженного конфликта [68].

В.И.Лебедев [69] считает, что границей, отделяющей обычные условия от измененных, являются такие ситуации, в которых под воздействием стрессогенных факторов психофизиологические и социально-психологические механизмы, исчерпав резервные возможности, более не могут обеспечивать адекватное отражение и регуляторную деятельность человека. И в этих случаях наступает психическая дезадаптация, или кризис.

В общем плане нарушение физиологической адаптации по мере углубления степени его выраженности от доклинических до клинически манифестных проявлений протекает соответственно следующим стадиям [70]:

а) донозологические состояния, при которых адаптационные возможности организма сохраняются за счет повышенного напряжения механизмов адаптации, соответственно 3 стадиям: умеренного, выраженного и резко выраженного функционального напряжения;

б) преморбидные состояния характеризуются снижением функциональных возможностей организма на фоне перенапряжения механизмов адаптации, протекая в две стадии: вначале с преобладанием неспецифических изменений при сохранности гомеостаза важнейших систем организма, а затем - с преобладанием специфических изменений со стороны определенных органов и систем, гомеостаз которых нарушен;

в) срыв адаптации, с развитием конкретных нозологических форм.

А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко [71] разделяют патологические и непатологические формы дезадаптации, относя к первым нозологические единицы клинической психиатрии, ко вторым - девиантное поведение не связанное с психическим заболеванием.

Если посмотреть на дезадаптацию с точки зрения

развития патогенеза стресса, то можно считать, что патологическая дезадаптация наступает при истощении адаптационных механизмов под воздействием стрессогенных факторов в третьей стадии стресса. Поэтому на одном полюсе развития адаптационного синдрома стоит начало физиологической адаптации, на другом - истощение, дезадаптация и развитие болезней.

По данным В.Р. Gersons, ностальгия у американских солдат, проходящих службу в Европе, довольно часто приводит к выраженным, психическим нарушениям. Часты были случаи самоубийства у бывших советских граждан, эмигрировавших в капиталистические страны [72].

Ц.П.Короленко отмечает [73], что чем длительнее срок жизни и работы на гидрометеорологических станциях, тем труднее люди реадаптируются к обычным условиям. Ряд лиц, проработавших в экспедиционных условиях на Крайнем Севере 10-15 лет, а затем переехавших на постоянное жительство в большие города, возвращаются на гидрометеорологические станции, не сумев реадаптироваться к обычным условиям жизни. Такие же проблемы возникали у ветеранов вьетнамской войны в Америке, афганской войны у нас. Можно вспомнить и ветеранов Великой отечественной войны, которые часто говорили о войне: «там мы знали, где враг, а где друг»... То же самое происходит сейчас с участниками чеченского конфликта.

Опираясь на накопленные обществом знания, познав объективные закономерности и сущность явлений внешнего мира, человек может приспосабливать к ним себя или их к себе. Овладение человеком идеологией или общественной психологией, господствующей в обществе, в том или ином классе, позволяет ему адаптироваться к их требованиям.

Таким образом, можно сказать, что адаптация - способность к приспособлению и выживанию для обеспечения жизни на всех уровнях сложности. Это основа поддержания постоянства внутренней среды и сопротивления стрессу. Как считает Г.Селье [10,11], есть два способа выживания: борьба и адаптация. Но чаще всего адаптация более верно ведет к успеху. Есть разные формы психической адаптации, например, безразличие к происходящим событиям, в каких-то ситуациях, может, это выход из положения, но ограниченный в возможностях. Безразличие не допускает сотрудничества, хотя и позволяет различным сторонам сосуществовать мирно. Сотрудничество как форма адаптации более выигрышно, так как дает возможность приобретения сторонников, которые могли бы оказать помощь.

Проблема адаптации и ее многоплановая социальная детерминированность все более возрастают в связи с развитием процессов демократизации в стране и отставанием создания соответствующей законодательно-правовой базы. В современных социальных условиях происходит стремительное ускорение изменений в жизни, труде, быту, в ритме жизнедеятельности людей. Такие изменения в обществе требуют от многих людей, и особенно от личного состава системы МВД, кардинальной переоценки ценностей, перестройки морально-нравственного отношения ко многим событиям, мобильности, жизненной активности, освоения новых подходов к жизненным про-

блемам, нового мышления. А для этого необходимы новые формы и темпы социальной и психической адаптации, технические и финансовые средства приспособления к быстро меняющимся условиям. Поэтому экстремальные условия функционирования органов внутренних дел и других силовых ведомств накладываются на общую социальную напряженность в обществе и являются вдвойне стрессогенными. Не все люди в силу своих биологических особенностей и возможностей могут это выдержать, поэтому в процессе болезненной адаптации выживают духовно и физически сильные, но как сильные, так и менее сильные нуждаются в обучении методам и способам выживания и повышения психофизической стрессе-устойчивости.

Исходя из сказанного, можно сформулировать, что стрессоустойчивость - психофизическое состояние человека, обеспечивающее оптимальную адаптацию к экстремальным условиям, позволяющее решать возложенные на него служебные и бытовые задачи без потерь (физических и психических), т.е. находясь в состоянии психофизического равновесия.

Сложное взаимодействие внешних социальных условий и внутренних, генетически унаследованных особенностей (личность с системой отношений и мотивацией деятельности), определяет состояние стрессоустойчивости в экстремальных условиях.

Стрессоустойчивость сотрудников МВД может быть обеспечена различными способами и видами подготовок. Чем всесторонне подготовлен сотрудник во всех сферах, тем выше его устойчивость к стрессам и психофизическим нагрузкам - кратковременным и долговременным.

В условиях службы в МВД это могло бы достигаться проведением систематической, целенаправлен-

ной комплексной медико-психологической, правовой, физической, огневой, боевой, технической подготовки. Это можно осуществить заблаговременным подбором адекватных к конкретным условиям способов и методов психотерапии и психокоррекции; всеобщим обучением личного состава конкретным способам и приемам, основу которого составляют практические занятия в системе служебной подготовки, тренинги и тренировки, командно-штабные учения, штабные тренировки и т.д.

В настоящее время, в условиях современной социальной перестройки нашего общества, служба сотрудников МВД во многом является сходной по стрессогенности с аналогичными службами в странах Запада и также способствует постепенному формированию у них расстройств, связанных со стрессом (МКБ-10). Возможно, в более тяжелой форме, так как в нашей стране в настоящее время нет обязательных унифицированных программ повышения стрессоустойчивости и обучения технике выживания в экстремальных условиях, программ психолого-психотерапевтической подготовки и социально-правовой защиты, какие имеются на Западе.

Поскольку не выработано определенного подхода к количественной оценке травматического опыта, в настоящее время нет возможности сделать общие выводы о связи профессионального травматического опыта сотрудников органов внутренних дел с феноменами посттравматических нарушений психики. Отсутствие разработки проблемы ПТСР у данного контингента лиц в отечественной психиатрии и психологии обуславливает необходимость проведения комплексных психодиагностических исследований и создания системы профилактических и реабилитационных мероприятий.

О.В. Абрамов

ЗАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ У СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький медичний університет ім. М.Горького, Україна

В огляді проведений аналіз вітчизняної і закордонної літератури присвяченої питанням стресу й адаптації у співробітників правоохоронних органів, що знаходяться в умовах хронічної емоційної напруги. Розглянуто різні підходи до теорії виникнення стресу. Вивчено досвід фахівців США з проблем вироблення у військовослужбовців стійкості до стресів і розширення їхніх психофізіологічних можливостей. Підкреслено необхідність проведення комплексних психодіагностичних досліджень і створення системи профілактичних і реабілітаційних заходів для підвищення стрессостійкості співробітників органів внутрішніх справ в екстремальних умовах. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 125-134)

A.V. Abramov

GENERAL PROBLEMS OF MENTAL ACCLIMATIZATION IN CONDITIONS OF A CHRONIC EMOTIONAL STRESS FOR THE EMPLOYEES OF LAW-ENFORCEMENT BODIES

Donetsk medical university, Ukraine

In the review the analysis of the domestic and foreign literature dedicated to problems of a stress and acclimatization for the employees of law enforcement bodies located in conditions of chronic emotional stress is conducted. The different approaches to the theory of originating of a stress are reviewed. The experience of the specialists of USA on problems of development for the servicemen of stability to stresses and dilating of their psychophysiological capabilities is studied. The necessity of realization complex psychodiagnostik of researches both creation of a system of preventive and rehabilitational measures for increase stressresistance of the employees of law-enforcement bodies in extreme conditions is pointed out. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 125-134)

Литература

1. Леви М.В. Методы выявления риска стрессовых расстройств у пожарных. Автореферат дисс. Кандидата психологических наук. М. 2000. 30с.
2. Столяренко Л.Д. Основы психологии. - Ростов-на-Дону: Изд. <Феникс>, 1997. - 736 с.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 270 с.
4. Психология. Словарь. / Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. - М.: Политиздат, 1990. - 496 с.
5. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. - №1. - С. 71-72.
6. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии. // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1993. - № 2. - С.33-39.
7. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - Р.-на- Дону: Феникс, 1997. - 576 с.
8. Косицкий Г.И. Элементы физиологии труда, механизмы тренировки и адаптации. // Физиология человека. / Под ред. Г.И.Косицкого. - М.: Медицина, 1985. - 560 с. - С. 531-532.
9. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. - М.: 1975. - С.79-89.
10. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960. С. 36.
11. Селье Г. На уровне целого организма. М.: Наука, 1966. - 133 с.
12. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. - Нсб.: Наука, 1981. - 176 с.
13. Василюк Ф.Е. Психология переживания. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - 200с.
14. Caplan G. Emotional crises. // The encyclopedia of mental health. - N.Y. - 1963, V.2, p.521-532.
15. Косицкий Г.И., Смирнов В.М. Нервная система и стресс. - М.: Наука, 1970. - 200 с.
16. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М.: Наука, 1986. - 256 с.
17. Раков А.Л., Мандрыкин Ю.В., Замотаев Ю.Н. Результаты аутогенной тренировки у пациентов с ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования. // Военно-мед. журнал. - 1997. - Т. 318, №2. - С. 37-41.
18. Hellman C.J., Budd M., Borysenko J., McClelland D.C., Benson H. A study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. / Behav. Med. - 1990. - V.16, №4, pp. 165-173.
19. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. - М.: Медицина, 1981. - 320 с.
20. Сидоренко Г.И., Борисова Г.С., Агеенкова Е.К. Психофизиологические аспекты кардиологических исследований. - Минск: <Беларусь>, 1982. - 142 с.
21. Ковалев В.В. Принципиальные вопросы нозологии, этиологии, систематики и клиники неврозов. // Третий Всесоюзный конгресс невропатологов и психиатров. Труды. - М.: 1974. - Т. 2. - С. 74-77.
22. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности. - М.: Политиздат, 1987. - 286 с.
23. Наенко Н.И. Психическая напряженность. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. - 112 с.
24. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния человека. // Мир психологии. - 1998. - № 2 (14). - С. 35-40.
25. Kruse A., Schmitt E. Erinnerungen an traumatische Erlebnisse in der Zeit des Nationalsozialismus bei (ehemaligen) jüdischen Emigranten und Lagerhäftlingen. // Gerontol. Geriatr. - 1998. - V.31, №2, pp. 138-150.
26. Ursano R.J., Rundell J.R. The prisoner of war. // Mil. Med. - 1990. - V.155, №4, pp. 176-180.
27. Sutker P.B., Winstead D.K., Galina Z.H., Allain A.N. Assessment of long-term psychosocial sequelae among POW survivors of the Korean Conflict. // J. Pers. Assess. - 1990. - V.54, №1-2, pp. 170-180.
28. Налычаджан А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, методы, стратегии). - Ереван: Изд. АН Арм. ССР, 1988. - 263 с.
29. Kotler T., Buzwell S., Romeo Y., Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. // Br. J. Med. Psychol., 1994. - V.67, Pt.3, pp. 237-245.
30. Boehnlein J.K., Sparr L.F. Group therapy with WWII ex-POW's: long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population. // Am. J. Psychother. - 1993. - V. 47, №2, pp. 273-282.
31. Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. - Киев: Здоров'я, 1983. - 136 с.
32. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. - М.: Медицина, 1981. - 232 с.
33. Гелльгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. - М.: Мир, 1966. - 519 с.
34. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. - Л.: Наука, 1978. - 271 с.
35. Lazarus R.S. cnvironmental Planning in the Context of Stress and Adaptation: Symposium «Society, stress and disease». Stocholm, Oxford. April, 1970. -436р.
36. Тигранян Р.И. Стресс и его значение для организма. - М.: Наука, 1988.- 176 с.
37. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. Патологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика. - Киев: Наукова думка, 1986.- 272 с.
38. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. - М.: Изд. МГУ, 1984.
39. Панин Л.Е. Биохимические механизмы стресса. - Нсб.: Наука, 1983.- 234 с.
40. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. // Эмоциональный стресс /Под ред. Л.Леви.- Л.: Медицина, 1970.- 328 с. - С. 178- 208.
41. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. - М.: Ин-т психологии РАН, 1995. - 128 с.
42. Анохин П.К. Избранные труды. - М.:Наука,1978.-400с.
43. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками органов внутренних дел в экстремальных условиях: Методич. пособие. М.: Академия МВД РФ, 1996. С. 3 - 27.
44. Черепанова Е. Психологический стресс. М., 1996. - 94 с.
45. Кэннон Б. Физиология эмоций. Л., 1927. С. 9.
46. Вахов В.П., Исаев А. Б. и др. Клинико-психологическое изучение особенностей психического реагирования очевидцев крупной катастрофы и участников ликвидации ее последствий / Экстремальная физиология, гигиена и средства индивидуальной защиты: Матер. 3-й Всесоюз. конф. М.,1990. С. 9.
47. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Автореф. дисс... докт. психол.наук. - Л., 1984. - 32 с.
48. Платонов К.К. Структура и развитие личности. - М.: Наука, 1986. - 256 с.
49. Kimball C.P. Liaison psychiatry as a systems approach to behavior. [Review] // Psychother. Psychosom. - 1979. - V.32, №1-4, pp. 134-147.
50. Сандомирский М.Е., Гизатуллин Р.Х., Стоянов А.С., Димитров А.Д. Роль психологического тестирования лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, в психологическом обеспечении деятельности ОВД. // Актуальные вопросы психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел. / Материалы 3-ей Республ. научно-практ. конф.- Уфа: Уфимск. юридич. ин-т, 1999. - С. 80-82.
51. Воробьев А. Разработка методов и средств предупреждения боевых психических травм с армии США // Зарубежное военное обозрение. 1992, № 3,4, 5. С. 43-45.
52. Dancii C. V. Reability and Validity a Brief Instrument for Assessing Post - Traumatic Stress Disorder // J.Traum. Stress. 1993, №4. V.6. P. 459-473.
53. Freedy J.R., et al.Unlerstanding Akute Psychological Distress Following Natural Disaster//J. Traum. Stress. 1994, № 2. V.7. P. 257-273.
54. Fritz C.E.,Marks E.S. The NORC studies of human behavior in disaster II]. Soc. Iss. 1954. V.10. P. 26-41.
55. Figley C.R. (Ed) Stress Disorders Among Bietnam Veterans. New York: Bruner, Masel, 1978. -236р.
56. Herman J.L. Complekx PTSD: A Syndrom Survivors of Prolonged and Repeated Trauma //J. Traum. Stress. 1992, № 3. V.5. P. 377-391.
57. Horn J.M. Critikal incidents for law enforcement officers // Critical incidents in Policing. Revised. Washington, DC.. 1991. P. 143-148.
58. Александровский Ю.А. и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. С. 96.
59. б.Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1996. -112с.
60. Kaftarian S.J. Burnout in mental Health workers after major disasters: The Armenian earthquake experience // Медицина катастроф. Матер. межд. конф. М., 1990. С. 477.
61. Данилов А. Профилактика боевых психических травм в вооруженных силах США // Зарубежное военное обозрение. 1991, № 9. С. 11-16.
62. Reiser M. Stress, Distress and Adaptation in police Work // I lie police Chief, USA. 1976, № 1. p. 24-27.
63. Van der Kolk B.A. Pierre Janet and the breakdown oraditption in psychological trauma // Am. J. Psychiatry. 1989, № 12 (146). P. 1530-1540.
64. Симеонова Н.К. Роль конституции в патологии. // Патологическая физиология / Под ред. Н.Н.Зайко. - Киев: Вища школа, 1985. - 575 с. - С. 68-73.
65. Казначеев В.П. Биосистема и адаптация. - Нсб: Наука, 1973. - 76 с. 58.

66. Казначеев В.П., Казначеев С.В. Адаптация и конституция человека. - Нсб: Наука, 1986. - 148 с.
67. Казначеев В.П. Феномен человека. - Нсб.: Новосибирское книжное издательство, 1991. - 128 с.
68. Berk J.H. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. // *Psychoanal. Rev.* - 1998. - V. 85, №4, pp. 640-658.
69. Лебедев В.И. Групповая изоляция. // *Психические состояния. / Сост. и общ.ред. Л.В.Куликова. - СПб.: <Питер>, 2000. - 512 с. - С. 414-416.*
70. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Максимов А.Л. Валеология и проблема самоконтроля здоровья в экологии человека. - Магадан: МНИЦ <Арктика> ДВО РАН, 1996. - 56 с.
71. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения.- М.: б/и, 1980. - 48 с.
72. Gersons V.P. Patterns of PTSD among police officers following shooting incidents: A two-dimentional model and treatment implications // *J. Traim. Stress.* 1989. V. 2(3). P. 247-257.
73. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях.- Л.: Наука, 1978. - 271 с.
74. Човдырова Г.С. Психопрофилактика расстройств, связанных со стрессом и проблемы повышения стрессоустойчивости личного состава МВД России в экстремальных условиях. Автореферат дисс. д.м.н. Москва. - 2000. - 52С.

Поступила в редакцию 27.06.2002г.