

УДК 616.89:351.74–051(470.6)

Шевырева Е.Г.

**ОСОБЕННОСТИ
ПРОТЕКАНИЯ ПТСР
У СОТРУДНИКОВ МВД,
УЧАСТВОВАВШИХ
В ВОССТАНОВЛЕНИИ
КОНСТИТУЦИОННОГО
ПОРЯДКА
НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ,
В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПРОФИЛЯ
МЕЖПОЛУШАРНОЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
АСИММЕТРИИ**

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, межполушарная функциональная асимметрия, расстройство адаптации, изменение личности.

Проблема развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у сотрудников МВД, участвовавших в восстановлении конституционного порядка на Северном Кавказе, с каждым днем становится все более актуальной. Как и во всем мире, в России имеется много этнических конфликтов, скоротечных локальных войн, сопровождающихся появлением социальных феноменов, которые угрожают жизни отдельного человека. В условиях столкновения значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной экстремальной ситуацией, явившейся тем внешним фактором, «который, преломляясь через внутренние факторы, в виде конституционально-биологических основ личности», создает условия для формирования ПТСР (С.Л. Рубинштейн) [3].

ПТСР является одним из клинических видов боевой психической патологии, который может возникнуть у участников контртеррористических действий спустя неопределенный промежуток времени после их окончания (от нескольких месяцев до нескольких десятилетий) (В.А. Абрамов, А.Ю. Александровский, Н.И. Кутько) [9].

Психический и психологический травматический стресс, возникший во время боевых действий, является одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к мирной жизни. По официальным данным, в нашей стране проживают свыше 180 тыс. человек, ставших инвалидами вследствие боевых действий и военной травмы [8]. После возвращения к мирной обстановке на уже имеющееся стрессовое расстройство (связанное с боевыми действиями) наслаиваются стрессы, связанные с трудностями социальной адаптации.

На сегодняшний день установлено, что взаимосвязь доминирования того или иного полушария в переработке

когнитивной и эмоционально окрашенной информации [1]. Индивидуальный профиль межполушарной функциональной асимметрии (МФА) является интегральной характеристикой, поскольку обуславливает закономерности протекания всех высших психических функций, определяет тип мышления, особенности эмоционального реагирования и т.д. (Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова, П.Н. Ермаков, Е.П. Крищенко, В.А. Москвин, M.S. Gazzaniga, G.L. Risse, S.P. Springer).

Понимание роли внутренних и внешних условий для формирования ПТСР необходимо для объяснения того факта, что у участников боевых действий ПТСР либо не возникает, либо формируется с разной степенью выраженности, трансформируясь в патологические изменения личности, сохраняясь на синдромальном уровне, или же подвергается обратному развитию.

Цель настоящего исследования – изучение психофизиологических и психологических особенностей военнослужащих, принимавших участие в локальных боевых действиях на территории Северного Кавказа, влияющих на возникновение и особенности протекания ПТСР.

Предмет исследования: профиль межполушарной функциональной асимметрии мозга и личностных характеристик, влияющих на стрессоустойчивость и особенности протекания посттравматического стрессового расстройства.

В качестве объекта исследования выступили военнослужащие, принимавшие участие в установлении конституционного порядка на Северном Кавказе и проходившие обследование и лечение на базе Окружного военного госпиталя № 1602 г. Ростова-на-Дону. Критериями отбора служили: под-

тверждение документацией нахождения в зоне боевых действий; отсутствие психических заболеваний.

Всего в исследовании приняло участие 154 военнослужащих-мужчины в возрасте от 21 до 40 лет. Средний возраст комбатантов составил 28 лет. Время пребывания в зоне боевых действий от 2 недель до 42 месяцев.

В качестве методов исследования были использованы: «Методика диагностики ПТСР у сотрудников органов внутренних дел» (О.И. Котенев, 1997), Миссисипская шкала боевого ПТСР (Ю.Н. Шанин, 1997), тест Е.П. Торренса «Всеобъемлющий мир». Изучение межполушарной функциональной асимметрии осуществлялось с помощью «Карты латеральных признаков» и классифицировались в системе измерений «рука – ухо – глаз» [7]. Тесты на мануальную асимметрию отражают реальную МФА с различных мозговых структур: аплодирование – лимбико-энцефальных, перекрест рук – лобных долей. Для исследования личностных особенностей сотрудников МВД были использованы следующие методики: MMPI, личностный опросник (EPI) Г. Айзенка, методика исследования тревожности Спилбергера-Ханина и методика цветовых выборов М. Люшера.

Наибольший процент по всем тестам и пробам набран «праворукими» военнослужащими. Однако обращают на себя внимание достаточно высокие показатели амбидекстров в пробе «бросание мяча» в целом по выборке. На наш взгляд, это может быть объяснено особенностями боевой подготовки среди сотрудников МВД. Как отмечали сами комбатанты, в процессе тренировок большое внимание было уделено освоению навыков ведения боя обеими руками (бросание гранат, ножа и т.д.). Отработанные до авто-

матизма жизненно важные навыки оказали свое влияние на выполнение этого теста.

Большое значение для исследования сотрудников МВД, принимавших участие в установлении конституционного порядка, имеет также распределение латеральных признаков в слухоречевой системе. При изучении слухоречевой асимметрии с использованием проб на воспроизведение цифр, произносимых экспериментатором «шепотом», телефонного прослушивания, теста «тиканье часов» и прислушивания к шуму за стеной, а также оценки остроты слуха было выявлено преобладание «правоухих» испытуемых – 60%.

Относительно высок процент «левоухих» испытуемых (25%) и симметричных (15%). По остроте слуха различия между правым и левым ухом не выявляются.

Интегральным показателем латерализации является ведущий глаз. Зрительное доминирование представляет собой интегральный показатель латерализации, наименее испытывающий влияние социокультурной среды, в отличие от моторной асимметрии. Ведущий глаз связан с доминированием затылочных отделов контрлатерального полушария (табл. 1).

Таблица 1

Распределение вариантов выполнения объективных тестов и проб среди сотрудников МВД, принимавших участие в боевых действиях (%)

Тесты и пробы	П	А	Л
Проба Розенбаха	62,3	17,1	20,6
Тест «Карта с дырой»	68,6	9,7	24,8
Прищуривание глаза	74	3,5	22,5
Прицельная способность глаза	69,8	1,4	29,3

Как видно из таблицы, во всех пробах доминирует правый глаз. Однако процент случаев его предпочтения не

так высок, как предпочтение правой руки (за исключение пробы метание предмета – 50%). Таким образом, по крайней мере, у 25% людей предпочтение левого глаза не обусловлено праворукостью и доминантностью левого полушария. По всей видимости, немаловажную роль здесь сыграло юношеское увлечение спортивными единоборствами, а также то, что в подготовительный период тренировочного цикла большое внимание уделялось рукопашному бою. Многочисленные исследования остроты зрения не выявили доминирования какого-либо глаза у большинства обследованных комбатантов.

Наряду с моторной и сенсорной асимметрией у сотрудников МВД была выявлена предпочтительная стратегия мышления в аспекте преобладания в нем активности правого или левого полушария. Преобладающим в целом по выборке являлся смешанный стиль мышления (61%), который характеризуется слабой взаимосвязью полушарий и переходами от правосторонней к левосторонней стратегии и наоборот. Левополушарная стратегия занимает второе место по представленности среди всей выборки и составляет 18%. При таком стиле мышления основную роль играет логический анализ.

На основе данных комплексного исследования были получены профили латеральной организации. Во всей выборке военнослужащих выявлено 26 вариантов ПЛО.

Оценка профиля сенсомоторной и психической асимметрии производилась разделением испытуемых на группы: профиль с доминированием правого полушария (преобладание левосторонних показателей по всем пяти группам проб), в дальнейшем обозначаемый как ПППА; с доминированием левого полушария (преобладание

правосторонних показателей по всем пяти видам тестов) – ЛППА; смешанный профиль (отсутствие выраженной асимметрии показателей соответствующих проб) – СПА (табл. 2).

Таблица 2

Распределение комбатантов по доминированию полушарий

Профиль	Группа	Число испытуемых (n)	Процентное отношение (100%)
ПППА	1	24	15,5
СПА	2	30	19,5
ЛППА	3	100	65
Всего		154	100

Сравнительный анализ результатов трех групп комбатантов показал определенные различия и сходства между группами по показателям ПТСР (табл. 3).

Таблица 3

Выраженность ПТСР и его составляющих в зависимости от профиля МФА

Субшкалы		группа 1 (n = 20)	группа 2 (n = 34)	группа 3 (n = 100)
События травмы	A	61,09	62,28	61,58
Повторное переживание травмы	B	69,83	61,08	67,05
Симптомы избегания	C	67,30	60,09	62,58
Симптомы гиперактивации	D	67,43	61,58	61,65
Дистресс и дезадаптация	F	69,22	59,46	61,90
ПТСР		70,04	62,79	65,72
Депрессия		68,39	56,24	59,15
Миссисипская шкала ПТСР		88,78	76,38	76,50

Сравнивая группы между собой, следует отметить следующее: по шкале «События травмы» статистически достоверных различий между сотрудниками МВД с асимметрией и симметрией нет. Это связано, на наш взгляд, с тем, что исследование проводилось после

вывода испытуемых из зоны боевых действий, спустя относительно длительный промежуток «мирной жизни».

По шкале «Повторное переживание травмы» в группах с выраженной асимметричностью полушарий (группы 1 и 3) различия были достоверно высоки по сравнению с комбатантами 2-й группы ($p < 0,05$). Но содержание травмы было различно в этих группах. Если для комбатантов 1-й группы значимым оставалось участие в боевых действиях, сцены массовой гибели людей, в том числе друзей, то для представителей с доминированием левого полушария основной травмой являлось ухудшение самочувствия и несоответствие их социального статуса «заслуженному и ожидаемому». Лишь для некоторых комбатантов этой группы травмирующим событием являлось участие в боевых действиях.

По шкале «Симптомы гиперактивации» не выявлено значимых различий между сотрудниками МВД 2 и 3-й группы (61,58 и 61,65). Военнослужащим с доминированием правого полушария были присущи явления как общей повышенной возбудимости центральной нервной системы, свойственной пострадавшим с последствиями психической травмы, так и повышенной реактивности их психики в отношении специфических, своего рода «ключевых» раздражителей.

Обращают на себя внимание значимые различия между группами по шкале F – «Дистресс и дезадаптация». По этой шкале максимальные значения отмечены в 1-й группе – 69,22 ($p < 0,05$). Показатели 2 и 3-й группы статистически не отличались от нормативных данных, значимых различий не выявлено.

Шкала «Депрессия» выявила значительную представленность депрессивных проявлений в группе комбатантов

с доминированием правого полушария, со статистически достоверными различиями по остальной выборке (соответственно 56,24 в группе 2 и 59,15 в группе 3 ($p < 0,05$)).

По шкале «Событие травмы» статистически достоверных различий между сотрудниками МВД с асимметрией и симметрией нет.

По шкале «Повторное переживание травмы» в группах с выраженной асимметричностью полушарий (группы 1 и 3) различия были достоверно высоки по сравнению с комбатантами 2-й группы ($p < 0,05$).

Суммарный показатель шкалы ПТСР, шкалы «Депрессия» и Миссисипской шкалы ПТСР отразил выраженные статистические различия между 1, 2 и 3-й группами ($p < 0,05$, сравнение достоверно).

Различия усредненных показателей по шкале «Диссоциативные симптомы» среди комбатантов с доминированием правого полушария и амбидекстров (группа 2) статистически недостоверны по критерию Стьюдента. Различия усредненных показателей по шкале «Диссоциативные симптомы» среди комбатантов 1 и 3-й группы статистически достоверны ($p = 0,01$) по критерию Стьюдента.

Анализ типологии индивидуальных свойств по методике Айзенка выявил высокий уровень нейротизма (29,65) в праволатеральном профиле обследуемых и понижение по направлению к леволатеральному (22,95) ($p < 0,05$, сравнение достоверно). При этом для сотрудников МВД с правополушарной асимметрией характерно сочетание экстра- и интроверсии с повышенным нейротизмом.

По шкале «Экстраверсия» значимых различий между группами не выявлено. Для всех групп характерно среднее значение по этой шкале.

Результаты исследования эмоциональной устойчивости по цветовому тесту Люшера показали, что для сотрудников МВД с доминированием правого полушария характерно преобладание трофотропных реакции в организме, невысокий энергетический потенциал, незначительное нервно-психическое напряжение. Обращают на себя внимание более низкие значения выраженности компенсации и тревоги, чем в целом по выборке.

Характеризуя комбатантов-амбидекстров, следует отметить средние значения по всем параметрам, исследуемым в тесте.

Среди сотрудников МВД с доминированием левого полушария (группа 3) больше испытуемых, принадлежащих к сильному типу высшей нервной деятельности, показатели вегетативного баланса в этой группе выше, чем в целом по выборке. Испытуемые отдают предпочтение эрготропным реакциям; переход от одного вида деятельности к другому не вызывает затруднений. Показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы и выраженности компенсации и тревоги соответствуют средним значениям.

Среди всех сотрудников МВД отмечались невысокие значения ситуативной тревожности (в 1-й группе – умеренная, во 2 и 3-й – низкая). Это может быть объяснено пребыванием в момент исследования в стационаре в условиях лечебно-охранительного режима, психотерапевтическими мероприятиями, доброжелательным отношением со стороны семьи и окружающих.

Среди сотрудников МВД с праволатеральным типом МФА (группа 1) преобладало высокое значение личностной тревожности. В группе 2 и 3 выявлен средний уровень личностной тревожности.

Для военнослужащих с доминированием правого полушария отмечается увеличение значений по 8-й шкале (методика ММРІ). Средние показатели по шкале «Шизоидность» на 11 Т-баллов выше средних показателей по выборке. Различия в показателях 8-й шкалы между комбатантами 1-й группы и остальными испытуемыми статистически достоверны. Среди военнослужащих 1-й группы показатели по шкале «Ипохондрия» превышают показатели 2 и 3-й группы в среднем на 10 Т-баллов. В то же время у представителей 1-й группы отмечается выраженное снижение показателей по шкале «Социальная интроверсия» (30 Т-баллов), что свидетельствует о наличии у обследуемых потребности в общении и социальной поддержке.

Для военнослужащих с симметричным профилем (группа 2) характерно увеличение средних показателей по шкалам 8 и 9. Такое сочетание свидетельствует о недостаточной способности к последовательным действиям и логическим построениям.

Для военнослужащих с доминированием левого полушария (группа 3) характерно незначительное увеличение средних показателей по шкале 9. Показатели по всем остальным шкалам находятся в пределах средней нормы.

Различия усредненных показателей по 8 и 9-й шкале между 2 и 3-й группами статистически недостоверны по критерию Стьюдента. Различия усредненных показателей по 8-й шкале между этими группами и военнослужащими с доминированием правого полушария (группа 1) статистически достоверны ($p = 0,01$) по критерию Стьюдента.

В целом по выборке отмечаются высокие показатели по 9-й шкале «Гипомания». На наш взгляд, это может быть объяснено выводом комбатантов

из зоны боевых действий, а также вытеснением из сознания источников тревоги, стремлением не замечать отрицательных сигналов, свидетельствующих о неблагополучии.

В результате проведения экспериментально-психологического исследования нам удалось сделать следующие выводы:

1. Правополушарный профиль асимметрии сочетается с такими личностными свойствами, влияющими на стрессоустойчивость, как высокий уровень нейротизма, преобладание трофотропных реакции в организме, невысокий энергетический потенциал, незначительное нервно-психическое напряжение, низкие значения выраженности компенсации тревоги, высокие показатели агрессивности, умеренная ситуативная тревожность и высокое значение личностной тревожности, увеличение значений по психотическим шкалам, потребность в общении и социальной поддержке.

2. Левополушарный профиль асимметрии сочетается с такими личностными свойствами, влияющими на стрессоустойчивость, как низкий уровень нейротизма, предпочтение эрготропных реакций в организме, сильный тип высшей нервной деятельности, показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы и выраженности компенсации и тревоги соответствуют средним значениям, низкий уровень ситуативной тревожности и средний уровень личностной тревожности, оптимистичное отношение к своему будущему. В ситуации стресса для этих военнослужащих характерно вытеснение из сознания источников тревоги, игнорирование препятствий, стремление не замечать затруднений, свидетельствующих о неблагополучии.

3. Симметричный профиль латерализации сочетается с такими лич-

ностными свойствами, влияющими на стрессоустойчивость, как средний уровень нейротизма, средние показатели суммарного отклонения от аутогенной нормы и выраженности компенсации и тревоги, низкий уровень ситуативной тревожности и средний уровень личностной тревожности, недостаточная способность к последовательным действиям и логическим построениям.

4. Комбатанты с правополушарным профилем латерализации характеризуются высокими суммарными показателями посттравматического стрессового расстройства и следующими особенностями протекания: высокие значения по шкалам «Повторное переживание травмы», «Депрессия», «Симптомы гиперактивации», «Дистресс и дезадаптация», «Диссоциативные симптомы».

5. Комбатанты с левополушарным профилем латерализации характеризуются низким суммарным показателем ПТСР, вместе с тем значения по шкале «Повторное переживание травмы» значимо высоки.

6. Комбатанты с симметричным профилем латерализации характеризуются низким суммарным показателем ПТСР.

Литература

1. Диагностика состояний психической дезадаптации: метод. рекомендации / В.А. Абрамов [и др.]. Донецк: МЗ Украины, 1992.
2. Ермаков П.Н. Психофизиологические механизмы психических процессов и регуляции поведения личности // Социальная психология личности / под ред. В.А. Лабунской. М., 1999. С. 68–75.
3. Крищенко Е.П. Исследования проблемы субъекта в современной отечественной психологии // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2008. № 1–2. С. 175–185.
4. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник Тамбовского университета. Гуманитарные науки. 2009. Вып. 3 (71). С. 111–117.
5. Маклаков А.Т., Черемянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. 1998. Т. 19, № 2. С. 15–26.
6. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения. Ростов н/Д, 1999. Ч. 1.
7. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. М.; Оренбург: ИПК ОГУ, 2002.
8. Сайфуллин В.Г. Социальная реабилитация участников боевых действий // Материалы 6-й Всероссийской открытой науч.-практ. конф. Пермь, 2008.
9. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 2.