

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ЛИКВИДАЦИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

<sup>1</sup>И. И. Дорофеев, <sup>2</sup>И. В. Марченко, <sup>1</sup>М. С. Прокопьев\*, <sup>1</sup>К. В. Днов, <sup>1</sup>Е. А. Чернявский,

<sup>1</sup>В. В. Юсупов, <sup>1</sup>А. Н. Ятманов

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> 412-й военный госпиталь, филиал 3, г. Моздок, Россия

**ЦЕЛЬ.** Изучить с точки зрения психологии результаты участия военнослужащих в боевых действиях и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено комплексное психологическое обследование 243 сотрудников Министерства внутренних дел Российской Федерации и 219 сотрудников Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Проанализированы социальные характеристики, особенности участия в боевых действиях, ликвидации чрезвычайных ситуаций, состояние здоровья и заболеваемости. Использованы следующие методики: тест Люшера, стандартизированный многофакторный метод исследования личности, опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий И. О. Котенева, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла. Применен метод моделирования структурными уравнениями.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** С помощью метода моделирования структурными уравнениями построены структурные модели направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных с психологическими особенностями личности сотрудников профессий экстремального профиля деятельности, которые обуславливают возникновение и степень выраженности посттравматического стрессового расстройства, его отдельных симптомов, частоты и длительности временной утраты трудоспособности. Типы психологических и соматических последствий воздействия на сотрудников профессий экстремального профиля деятельности стрессоров высокой интенсивности, разной степени сложности и длительности проявляются в виде донозологических форм (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных и пограничных), которые отражают различные этапы в континууме Психическое здоровье – Промежуточные формы психического здоровья – Психопатология.

**ОБСУЖДЕНИЕ.** Как у военнослужащих-комбатантов, так и у ликвидаторов (пожарных) имеют место однотипные спектры психологических последствий, связанных с воздействием стресс-факторов травматического уровня. Продолжающаяся боевая деятельность приводит к ухудшению психического состояния, в то время как накопление опыта тушения пожаров – к улучшению состояния и повышению качества адаптации.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные результаты существенно дополняют и конкретизируют данные о психологических последствиях травматического стресса, имеющиеся в зарубежной и отечественной научной литературе.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** морская медицина, боевые действия, чрезвычайная ситуация, военнослужащий, психологические последствия

\*Для корреспонденции: Прокопьев Михаил Сергеевич, e-mail: [vmeda\\_37@mail.ru](mailto:vmeda_37@mail.ru)

\*For correspondence: Mikhail S. Prokopyev, e-mail: [vmeda\\_37@mail.ru](mailto:vmeda_37@mail.ru)

**Для цитирования:** Дорофеев И. И., Марченко И. В., Прокопьев М. С., Днов К. В., Чернявский Е. А., Юсупов В. В., Ятманов А. Н. Психологические последствия участия в боевых действиях и ликвидации чрезвычайных ситуаций: ретроспективное исследование // *Морская медицина*. 2025. Т. 11, № 4. С. 60–71,

doi: <https://dx.doi.org/10.22328/2413-5747-2025-11-4-60-71>; EDN: <https://elibrary.ru/RIYMPT>

**For citation:** Dorofeev I.I., Marchenko I.V., Prokopyev M.S., Dnov K.V., Chernyavsky E.A., Yusupov V.V., Yatmanov A.N. Psychological consequences of participation in combat operations and emergency responsibilities: a retrospective study // *Marine Medicine*. 2025. Vol. 11, № 4. P. 60–71, doi: <https://dx.doi.org/10.22328/2413-5747-2025-11-4-60-71>; EDN: <https://elibrary.ru/RIYMPT>

---

© Авторы, 2025. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Научно-исследовательский институт промышленной и морской медицины» Федерального медико-биологического агентства. Данная статья распространяется на условиях «открытого доступа» в соответствии с лицензией CCBY-NC-SA 4.0 («Attribution-NonCommercial-ShareAlike» / «Атрибуция-Некоммерчески-Сохранение Условий» 4.0), которая разрешает неограниченное некоммерческое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при указании автора и источника. Чтобы ознакомиться с полными условиями данной лицензии на русском языке, посетите сайт: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ru>

## PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF PARTICIPATION IN COMBAT OPERATIONS AND EMERGENCY RESPONSIBILITIES: A RETROSPECTIVE STUDY

<sup>1</sup>Ivan I. Dorofeev, <sup>2</sup>Ilya V. Marchenko, <sup>1</sup>Mikhail S. Prokopyev\*, <sup>1</sup>Konstantin V. Dnov,

<sup>1</sup>Evgeniy A. Chernyavsky, <sup>1</sup>Vladislav V. Yusupov, <sup>1</sup>Alexey N. Yatmanov

<sup>1</sup>Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup>412 military hospital, branch 3, Mozdok, Russia

**OBJECTIVE.** To study from a psychological point of view the results of military personnel's participation in combat operations and the elimination of the consequences of emergency situations.

**MATERIALS AND METHODS.** A comprehensive psychological assessment was conducted on 243 employees of the Russian Ministry of Internal Affairs and 219 employees of the Russian Ministry of Civil Defense, Emergencies, and Elimination of Consequences of Natural Disasters. Social characteristics, combat experience, emergency response, health status, and morbidity were analyzed. The following methods were used: the Lüscher personality test, the standardized multifactorial personality test, I. O. Kotenev's Traumatic Stress Inventory for the Diagnosis of Psychological Consequences, and R. Cattell's 16-factor personality questionnaire. Structural equation modeling was also applied.

**RESULTS.** Structural equation modeling was used to construct structural models of directional (cause-and-effect) relationships between dynamic exogenous variables and psychological personality traits in employees engaged in extreme occupations. These traits determine the occurrence and severity of post-traumatic stress disorder, its individual symptoms, and the frequency and duration of temporary disability. The types of psychological and somatic consequences of exposure to high-intensity stressors of varying complexity and duration on employees in extreme occupations manifest themselves in pre-clinical forms (constructive-adaptive, unstable-adaptive, and borderline), reflecting various stages in the continuum Mental Health – Intermediate Forms of Mental Health – Psychopathology.

**DISCUSSION.** Both combatants and firefighters experience similar spectrums of psychological consequences associated with exposure to traumatic stressors. Continued combat activity causes a deterioration in mental health, while increased firefighting experience leads to improved mental health and enhanced adaptation.

**CONCLUSION.** The obtained results significantly complement and specify the data on the psychological consequences of traumatic stress available in foreign and domestic scientific literature.

**KEYWORDS:** marine medicine, maritime medicine, combat operations, emergency, military personnel, psychological consequences

**Введение.** Медико-психологическое сопровождение (МПС) военнослужащих является новым элементом деятельности медицинской службы, в соответствие с которым осуществляется в тесном взаимодействии с органами и подразделениями психологической работы [1]<sup>1</sup>, <sup>2</sup>. Служба МПС включает несколько взаимосвязанных направлений, одно из которых – медико-психологическая реабилитация лиц, подвергшихся чрезмерному воздействию стресс-факторов, характерных для боевых условий или чрезвычайных ситуаций [2, 3].

Комплексное воздействие факторов боевого стресса на военнослужащих может приводить к двум типам последствий – психологическим и психопатологическим<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Гурьянов Ю. Н. Психологическое обеспечение служебно-боевой деятельности военнослужащих войск и органов Пограничной службы Российской Федерации: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М.: ПА ФСБ РФ; 2003. 340 с.

<sup>2</sup>Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Оверлайн; 1994. 300 с.

Психологические последствия состоят в многообразных по форме и длительности негативных изменениях психического состояния личности и физиологических функций (психосоматические реакции). Обычно они квалифицируются как дезадаптивные нарушения предболезненного уровня. При отсутствии корригирующих воздействий изменения психологического уровня могут трансформироваться в психопатологические феномены и психические расстройства. Согласно МКБ-10, соответствующие формы расстройств классифицируются следующим образом:

F43 – Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, соматоформные расстройства;

F43.0 – Острая реакция на стресс;

F43.1 – Посттравматическое стрессовое расстройство;

F43.2 – Расстройства адаптации – затяжные стрессогенные невротические реакции – депрессивные, тревожно-депрессивные и др.<sup>2</sup>

Среди отдаленных психопатологических последствий боевого стресса ведущая роль принадлежит посттравматическому стрессовому

Таблица 1

## Эпидемиология посттравматического стрессового расстройства

Table 1

## Epidemiology of posttraumatic stress disorder

Категория пострадавших	Частота ПТСР, %
Ветераны боевых действий:	38,8 – 62,3
Вьетнамской войны США	20,0 – 40,0
Афганской войны СССР	18,6
Чеченских войн РФ	53,0
Лица, перенесшие тяжелые травмы:	15,0
Молодые люди до 30 лет, США	9,0
Гражданское население в целом	1,0

расстройству (ПТСР). Кроме того, в МКБ-10 предусмотрена рубрика F62.0 – Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (ПТРЛ). Этому типу личностного изменения может предшествовать значительное по длительности ПТСР. Правомерно предположить, что ПТСР и ПТРЛ представляют собой крайние точки континуума, на протяжении которого расстройство как состояние сосуществует с медленно нарастающими личностными изменениями.

Изучение психологического статуса военнослужащих, участвовавших в локальных конфликтах последних десятилетий, выявило наличие у большинства из них признаков психосоматических заболеваний, пограничных нервно-психических расстройств, а также широкого круга нарушений психологического и психофизиологического характера как с острым, так и с хроническим течением, определяемых как формирующиеся ПТСР (на донозологическом уровне), требующие психологической коррекции [4].

По разным оценкам, частота встречаемости признаков ПТСР у комбатантов и других травмированных лиц широко варьирует (табл. 1)<sup>3,4</sup> [5, 6].

Частота возникновения и степень выраженности клинически оформленных острых стрессовых расстройств, расстройств адаптации, других невротических реакций и ПТСР у комбатантов тесно связана с интенсивностью боев,

со степенью реальной опасности и другими факторами [7].

Согласно данным отечественных авторов, психологические последствия у комбатантов характеризуются высоким уровнем тревоги, ослаблением интереса к выполнению служебных обязанностей, сниженным фоном настроения, повышенным нервно-эмоциональным напряжением, пониженной самооценкой и уверенностью в себе, сниженным самочувствием и наличием многочисленных соматических жалоб на состояние здоровья. В ходе реадaptации к мирным условиям военно-профессиональной деятельности выявляется тенденция к формированию акцентуаций как невротического (ипохондрического, астено-депрессивного, психастенического), так и психотического регистра (эксплозивной, паранойяльной, шизоидной, аутичной). Формирование акцентуаций связано со снижением нервно-психической устойчивости (НПУ), астенизацией нервной системы, истощением адаптационных личностных ресурсов и функциональных резервов организма, сохраняющимся высоким нервно-психическим напряжением, отсутствием признаков эмоциональной разрядки и компенсации [8, 9].

Ригидная фиксация на психологических проблемах проявляется в избирательном установлении межличностных контактов по принципу «чеченец – нечеченец» (по аналогии с «афганцами» – военнослужащими, воевавшими в Афганистане) с активным отвержением лиц, не участвовавших в боевых операциях, не побывавших на их месте [10].

По данным Е. О. Лазебной и М. Е. Зеленовой [11], в работе по изучению последствий военных действий в Афганистане было также показано, что ветераны боевых действий адаптиру-

<sup>3</sup>Лямин М. В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: 6 ЦВКГ; 1999. 164 с.

<sup>4</sup>Короткова Н.В. Психологические и медико-социальные особенности ветеранов локальных войн: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2000. 246 с.

ются к условиям мирного времени по-разному. В группе хорошо адаптируемых показатели успешности социального функционирования, общего состояния здоровья, изменений в самовосприятии и самооценке в посттравматическом периоде были более благоприятными. И даже среди ветеранов, имевших диагноз ПТСР, далеко не все имели настолько низкий уровень функционирования в посттравматическом периоде, чтобы быть отнесенными к группе дезадаптированных. Таким образом, расстройства психического здоровья не связаны с социальной адаптацией напрямую. Определенная часть ветеранов оценивала свое пребывание в Афганистане как очень значительное позитивное событие в жизни. Среди тех, кто воспринимал свой афганский опыт резко негативно, преобладали дезадаптированные ветераны с ПТСР, сочетающимся со сниженной самооценкой. В исследовании П. А. Зиборова комбатанты отличались значительно сниженной НПУ, трудностями общения, недостаточным уровнем моральной нормативности, высокой агрессивностью и враждебностью к своему социальному окружению в различных формах (физическая и вербальная, прямая и косвенная, подозрительность, обида, раздражение). Такие поведенческие реакции свидетельствовали о дезадаптационных нарушениях, создавали почву для межличностных конфликтов, асоциального, делинквентного и аддиктивного поведения в условиях мирной жизни<sup>5</sup>. Согласно исследованиям Д. В. Костина с соавт. [12], спустя один год после окончания боевых действий число военнослужащих, склонных к аддиктивному и делинквентному поведению, нарушению моральных норм и имевших служебные взыскания, увеличилось почти в 5 раз. При этом количество распадов семей комбатантов возросло на 30 %. Отсюда вытекает самостоятельная проблема коморбидности ПТСР и аддиктивной патологии [12].

С. В. Чермянин [9] отмечал, что после возвращения из районов боевых действий следы различных нарушений (психические и психосоматические расстройства, различные социальные девиации и др.) сохраняются длительно, иногда

на протяжении всей последующей жизни человека. Они проявляются в дисфункциях вегетативной нервной системы, психосоматических жалобах, асоциальном поведении. Наличие в послебоевом периоде неразрешенных социальных и бытовых проблем, с которыми сталкиваются комбатанты после увольнения с военной службы, усиливает выраженность ПТСР.

**Цель.** Изучить с точки зрения психологии результаты участия военнослужащих в боевых действиях и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное психологическое обследование 243 сотрудников Министерства внутренних дел (МВД) Российской Федерации, в том числе сотрудников мобильных отрядов особого назначения (ОМОН), многократно принимавших участие в контртеррористической операции (КТО) на Кавказе, а также 219 сотрудников Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС), участвовавших в ликвидации пожаров различного ранга сложности.

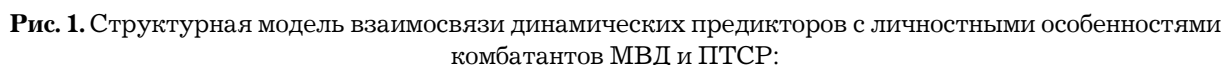
Были проанализированы социальные характеристики, особенности участия в боевых действиях, ликвидации чрезвычайных ситуаций, состояние здоровья и заболеваемости. Использовали следующие методики: тест Люшера, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий И. О. Котенева, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла.

Статистическую обработку проводили с применением пакета программ SPSS Statistics ver. 26.0. Применен критерий Пирсона  $\chi^2$ , метод моделирования структурными уравнениями.

**Результаты.** С помощью метода моделирования структурными уравнениями построены образцы направленных (причинно-следственных) связей динамических экзогенных переменных с психологическими особенностями личности сотрудников профессий экстремального профиля деятельности, которые обуславливают возникновение и степень выраженности ПТСР, его отдельных симптомов, частоты и длительности временной утраты трудоспособности. Основные из них приведены на рис. 1 и 2.

Анализ моделей приводит к следующим заключениям.

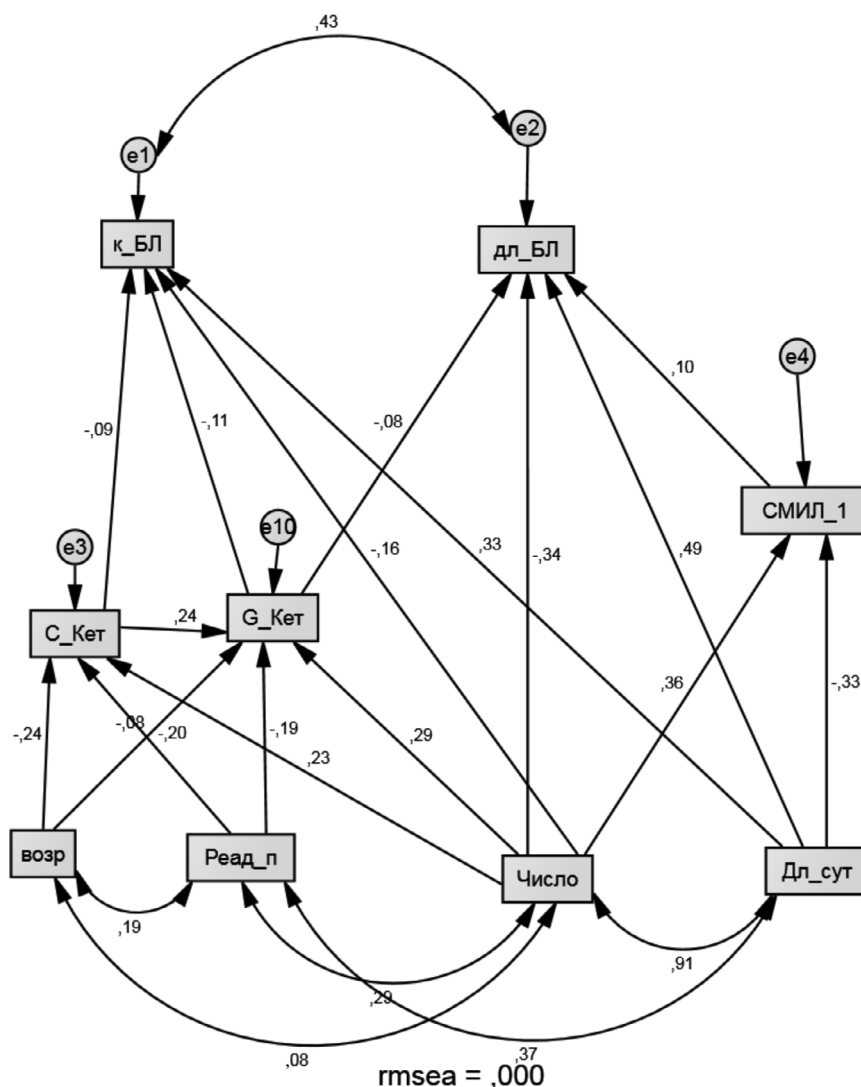
<sup>5</sup>Зиборова П. А. Психологический статус и личностные особенности военнослужащих, участвовавших в локальных войнах и конфликтах: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 24 с.



**Fig. 1.** Structural model of the relationship of dynamic predictors with the personal characteristics of combatants of the Ministry of Internal Affairs and PTSD:

Предикторами ПТСР, отдельных посттравматических симптомов и показателей соматической заболеваемости у комбатантов МВД и ОМОНа являются возраст, продолжительность периода реадaptации к мирной жизни, частота и длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта. При этом отдельные личностные особенности участников КТО игра-

Возраст может как непосредственно увеличивать степень тяжести ПТСР, так и косвенно влиять на его выраженность через усиление пессимистичности и социальной интровертированности личности.



**Рис. 2.** Структурная модель взаимосвязи динамических переменных с чертами личности комбатантов и показателями соматической заболеваемости.

Экзогенные переменные: возр – возраст; Реад\_п – длительность периода реадaptации к мирной жизни; Дл\_сут – длительность пребывания в зоне контртеррористической операции, сут; Число – количество спецкомандировок. Эндогенные переменные (факторы): С\_Кет – эмоциональная лабильность-стабильность (фактор 16-ФЛО); G\_Кет – низкая-высокая нормативность поведения; «СМЛ\_1» – шкала невротического контроля (СМИЛ); «к\_БЛ» – частота заболеваемости (количество случаев за год); «дл\_БЛ» – длительность заболеваемости (суток за год); e1, e2, e3, e4, e10 – ошибки эндогенных переменных

**Fig. 2.** Structural model of the relationship of dynamic variables with the personality traits of combatants and indicators of somatic morbidity:

Exogenous variables: возр – age; Реад\_п – the duration of the period of readaptation to peaceful life; Дл\_сут – duration of stay in the counter-terrorism operations zone, days; число – the number of special trips. Endogenous variables (factors): С\_Кет – emotional lability-stability (factor 16-ФЛО); G\_Кет – low-high normative behavior; СМЛ\_1 – neurotic control scale (СМИЛ); к\_БЛ – incidence rate (number of cases per year); дл\_БЛ – duration of morbidity (days per year); e1, e2, e3, e4, e10 – errors of endogenous variables

Количество командировок в зону КТО оказывает прямой отрицательный эффект на выраженность посттравматических симптомов и показателей соматической заболеваемости: у комбатантов МВД, многократно участвовавших в спецоперациях, ниже уровень симптомов ПТСР, частоты и длительности нетрудоспособ-

ности, возможно, вследствие успешной адаптации к экстремальным условиям деятельности.

Длительность участия в боевых действиях и продолжительность периода реадaptации к мирной жизни непосредственно не детерминируют выраженность ПТСР, но опосредованно влияют на уровень посттравматиче-

ских симптомов через ряд личностных черт (социальную интроверсию, эмоциональную лабильность, демонстративность, волевой самоконтроль эмоций и поведения, замкнутость, тревожность, чувство вины).

Преморбидная демонстративность является ключевым фактором, препятствующим развитию ПТСР, а отсутствие у личности выраженных истероидных черт повышает риск возникновения тяжелых посттравматических нарушений. Эмоциональная лабильность является стержневым личностным свойством, детерминирующим выраженность отдельных симптомов ПТСР (вторжения, избегания, гиперактивации) и частоту соматической заболеваемости. Чувство вины, тревожность (личностная или ситуативная, вследствие постоянной антиципации угрозы) и низкий волевой самоконтроль усугубляют симптомы вторжения и физиологической гипертормозимости. Пессимистичность, социальная интроверсия, отчужденность и безразличие усиливают выраженность ПТСР и его отдельных симптомов (вторжения, избегания, гиперактивации) у комбатантов МВД.

Риск нозологически выраженного ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократного, но длительного воздействия боевого стресса у социально интровертированных, пессимистичных комбатантов МВД зрелого возраста, у которых минимально выражены демонстративные черты личности. Риск развития ПТСР минимален в раннем реадaptационном периоде после частых и краткосрочных командировок в зону КТО, у демонстративных, экстравертированных комбатантов молодого возраста.

Повышенный уровень симптомов избегания ПТСР наблюдается в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни у эмоционально лабильных, скрытных (шизотимных) комбатантов зрелого возраста, однократно и кратковременно участвовавших в боевых действиях. Симптомы избегания ПТСР не выражены в раннем реадaptационном периоде после частых и длительных спецкомандировок у эмоционально устойчивых циклотимных комбатантов молодого возраста.

Риск выраженных симптомов вторжения и гипертормозимости ПТСР выше в отдаленном периоде реадaptации к мирной жизни после однократной краткосрочной командировки

в зону КТО у эмоционально лабильных, замкнутых комбатантов зрелого возраста с низким волевым самоконтролем, испытывающих чувство вины и фрустрационной тревожности.

Симптомы вторжения и гипертормозимости ПТСР минимальны в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок у эмоционально устойчивых, умеющих контролировать эмоции и поведение, циклотимных комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют фрустрационная тревожность и чувство вины, а мотивы и цели интегрированы и не противоречат друг другу.

Длительность соматической заболеваемости у комбатантов МВД увеличивается на фоне повышенного невротического контроля (преморбидной ипохондричности личности) и низкой нормативности поведения. Риск частой и длительной заболеваемости выше в отдаленном периоде реадaptации после однократной длительной командировки в зону КТО у комбатантов зрелого возраста, отличающихся эмоциональной лабильностью и низкой нормативностью поведения. В условиях частых и непродолжительных спецкомандировок длительно болеют лица с преморбидно выраженными невротическими чертами личности. Редкая и непродолжительная заболеваемость отмечается в раннем реадaptационном периоде частых и длительных спецкомандировок у эмоционально устойчивых, ответственных, следующих моральным нормам комбатантов молодого возраста, у которых отсутствуют эмоциональная напряженность и ипохондрические черты личности.

На основе анализа и обобщения математических моделей была создана концептуальная теоретическая модель отдаленных постстрессорных психологических изменений. Она состоит из трех компонентов (блоков):

Первый блок (Временные предикторы) включает частоту (общее количество спецкомандировок) и длительность участия в проведении КТО, продолжительность стажа службы и периода реадaptации к мирной жизни, возраст сотрудников МВД и МЧС, периодичность (частота) участия в ликвидации пожаров повышенных (3–5-го) рангов сложности.

Второй блок (Особенности и свойства личности) включает характерологические особенности профессионалов, а также наличие или отсутствие у них черепно-мозговых травм (вы-

ступающих в качестве органической почвы для психических изменений), играющие роль посредников (медиаторов) влияния динамически действующих факторов на тип психологических и соматических последствий экстремальной деятельности. Важной составляющей этого блока является мотивационный компонент (эго-ориентированная или социально-ориентированная мотивация личности к участию в опасной для жизни и здоровья деятельности), а также степень подготовленности (психологической, физической, профессиональной) к действиям в экстремальных условиях.

Способствуют возникновению негативных последствий:

1) медиаторы 1-го порядка – личностные особенности, непосредственно усиливающиеся (или возникающие) под влиянием динамически действующих предикторов (пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность, низкий волевой самоконтроль эмоций и поведения, индивидуалистичность), а также черепно-мозговые травмы, выступающие в качестве органической основы неврологических, эндокринных, вегетативных и психических дисфункций;

2) медиаторы 2-го порядка, усугубляющиеся или возникающие под влиянием медиаторов 1-го порядка: фрустрационная напряженность, чувство вины, тревожность, замкнутость, безразличие (шизотимия), низкая нормативность поведения, и обеспечивающие, в совокупности с медиаторами 1-го порядка, косвенный эффект влияния прогностических факторов;

3) негативная (эго-ориентированная) мотивация к участию в экстремальной деятельности, в основе которой лежат индивидуально-ориентированные физиологические и утилитарные потребности, а также потребность в безопасности, самоутверждении или пассивная жизненная позиция (уход от жизненных проблем). Такая мотивационная направленность обуславливает высокий риск собственной неосторожности, утраты здоровья или жизни, может привести к потерям личного состава в экстремальных условиях, а также стать источником проблем в совместной (групповой) деятельности (при неадекватных, хаотичных действиях, безответственности, трусости и др.);

4) недостаточный уровень подготовленности личности (профессиональной, физической

и психологической) к действиям в экстремальных условиях.

Препятствуют возникновению негативных последствий:

1) медиаторы 1-го порядка: оптимистичность, экстраверсия, гибкость мышления и поведения, демонстративность, эмоциональная устойчивость (зрелость), высокий волевой самоконтроль, интегрированность (непротиворечивость) мотивов и целей, практичность, рациональность в решении проблем, отсутствие в анамнезе черепно-мозговых травм;

2) медиаторы 2-го порядка: общительность, готовность к сотрудничеству (аффектотимия), спокойствие, невозмутимость, расслабленность, отсутствие чувства вины, высокая нормативность поведения;

3) позитивная (социально-ориентированная) мотивация к участию в экстремальной деятельности основывается на потребностях высшего порядка (в уважении, принадлежности, чувстве долга, помощи людям, познании нового, самореализации, любви к профессии и др.), что повышает эффективность выполнения служебно-боевых задач и приводит к конструктивно-позитивным последствиям;

4) высокий уровень подготовленности (профессиональной, физической и психологической) к действиям в экстремальных условиях.

Наконец, третий блок (Типы последствий) отражает три типа психологических и соматических последствий экстремальной деятельности, возникающих как в ранний (до одного года), так и отдаленный (более одного года) периоды. В качестве одного из критериев отнесения к выделенным типам использовали уровни выраженности ПТСР (отдельных симптомов и итоговых интегральных показателей), так как в большинстве выборок момент обследования был отсрочен от первого воздействия травматического стресса (психотравмы) более чем на 3 мес.

Типы последствий коротко описываются следующим образом.

Конструктивно-адаптивный тип последствий характеризуется отсутствием симптомов ПТСР (уровень ниже 50 Т-баллов) и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), низкими показателями заболеваемости (полным здоровьем или отсутствием динамических сдвигов от исходного уровня частоты и длительности временной утраты трудоспособности), оптимальной психофизиологической мобилизо-



ванностью, стеническим типом стрессового реагирования, рациональной конструктивной активностью, оптимизмом, решительностью, мужественностью, конформизмом. Вероятно, конструктивное стрессовое реагирование явилось результатом успешной профессиональной адаптации наиболее подготовленных сотрудников МВД и МЧС, которые не имеют признаков личностной дисгармонии и соответствуют высокому уровню психического здоровья.

Неустойчиво-адаптивный тип отличается умеренно выраженными симптомами ПТСР (50–64 Т-баллов), средними показателями заболеваемости, психического напряжения, утомления и дистресса, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт (импульсивной гиперактивностью, склонностью к риску, агрессивным реакциям), индивидуалистичностью, эгоцентричностью, авторитарностью. Адаптация достигается сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов, мобилизацией ресурсов и защитных механизмов, однако в условиях длительно действующих профессиональных стресс-факторов существует риск перехода в группу пограничных последствий и развития функциональных соматических нарушений.

Негативный (пограничный) тип последствий отличается выраженными симптомами ПТСР (65–75 Т-баллов), психической напряженности и утомления, частой и длительной заболеваемостью, склонностью к употреблению ПАВ (алкогольных напитков, никотина), гипостеническим (тормозимым) или смешанным типом стрессового реагирования с конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность) личностных

свойств, неконформизмом. В экстремальной обстановке высока вероятность лихорадочной эмоционально-двигательной активности с паническими реакциями или пассивного стрессового реагирования с депрессивными переживаниями. В постреактивный период возможны срыв деятельности и дезадаптация (в виде психопатического, неврастенического, психосоматического вариантов, выраженной зависимости от ПАВ, суицидального риска).

Соотношение описанных выше типов в обследованных группах военнослужащих представлено в табл. 2 и 3.

**Обсуждение.** Типы психологических и соматических последствий воздействия на сотрудников профессий экстремального профиля деятельности стрессоров высокой интенсивности, разной степени сложности и длительности проявляются в виде донозологических форм (конструктивно-адаптивных, неустойчиво-адаптивных и пограничных), которые отражают различные этапы в континууме Психическое здоровье – Промежуточные формы психического здоровья – Психопатология.

Как у военнослужащих-комбатантов, так и у ликвидаторов (пожарных) имеют место однотипные спектры психологических последствий, связанных с воздействием стресс-факторов травматического уровня. В раннем периоде реадaptации негативные последствия чрезвычайной ситуации преобладали над факторами боевого стресса (см. табл. 2). Различия статистически значимо по критерию хи-квадрат ( $p = 0,05$ ). В отдаленном периоде соотношение было иным (см. табл. 3). Негативные последствия боевого стресса у менее подготовленных по отношению к бойцам ОМОНа сотрудников МВД в сравнении с пожарными

Таблица 2

**Типы психологических последствий, наблюдаемые у комбатантов МВД и сотрудников МЧС после воздействия факторов чрезвычайных ситуаций в ранний период реадaptации**

Table 2

**Types of psychological consequences observed in combatants of the Ministry of Internal Affairs and employees of the Ministry of Emergency Situations after exposure to emergency factors in the early period of readaptation**

Тип последствий	Комбатанты МВД, % ( $n = 40$ )	Сотрудники МЧС, % ( $n = 97$ )
Конструктивно-адаптивный	37,5	18,7
Неустойчиво-адаптивный	45	38,7
Негативный (пограничный)	17,5	42,6

Таблица 3

**Типы психологических последствий, наблюдаемые у комбатантов и сотрудников МЧС  
в отдаленные сроки служебно-боевой деятельности**

Table 3

**Types of psychological consequences observed among combatants and employees of the Ministry  
of Emergency Situations in the long-term periods of service and combat activities**

Тип последствий	Комбатанты МВД, % (n = 108)	Комбатанты ОМОНа, % (n = 95)	Сотрудники МЧС, % (n = 122)
Конструктивно-адаптивный	29,6	<b>62</b>	55,4
Неустойчиво-адаптивный	<b>51,0</b>	21,3	28,8
Негативный (пограничный)	19,4	16,7	15,8

значительней по глубине и продолжительности (различия статистически достоверны по критерию хи-квадрат;  $p = 0,05$ ). Спектр изменений у бойцов ОМОНа и пожарных примерно одинаковый и существенно более благоприятный по сравнению с ранним периодом. В целом следует отметить, что продолжающаяся боевая деятельность приводит к ухудшению психического состояния, в то время, как накопление опыта тушения пожаров – к улучшению состояния и повышению качества адаптации.

Полученные результаты существенно дополняют и конкретизируют данные о психологических последствиях травматического стресса, имеющиеся в зарубежной и отечественной научной литературе<sup>6, 7</sup>.

**Заключение.** Результаты одномерных и многомерных методов обработки эмпирических данных позволили обобщить эмпирический материал и создать структурно-динамическую модель изменений личности сотрудников профессий экстремального профиля деятельности.

<sup>6</sup>Ичитовкина Е. Г. Клинические и социально-психологические особенности комбатантов Министерства внутренних дел при воздействии стресс-факторов боевой обстановки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2011. 22 с.

<sup>7</sup>Набиев Р. Г. Особенности посттравматического стрессового расстройства у сотрудников МВД в зависимости от индивидуально-типологического и профессионального статуса: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Челябинск, 2015. 121 с.

**Сведения об авторах:**

*Дорофеев Иван Иванович* – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: 0009-0005-3195-3423; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

*Марченко Илья Викторович* – старший ординатор, 412-й военный госпиталь, филиал 3; Россия, 363757, РСО-Алания, г. Моздок, ул. Полевая, д. 142; SPIN: 7025-7968; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

*Прокопьев Михаил Сергеевич* – курсант, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

*Днов Константин Викторович* – доктор медицинских наук, доцент, преподаватель кафедры военно-полевой терапии, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: 0000-0002-1054-4779; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

*Чернявский Евгений Александрович* – кандидат медицинских наук, начальник научно-исследовательской лаборатории Научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: 0000-0002-1097-2749

*Юсупов Владислав Викторович* – доктор медицинских наук, профессор, начальник научно-исследовательского отдела медико-психологического сопровождения Научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: 0000-0002-5236-8419; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

*Ятманов Алексей Николаевич* – кандидат медицинских наук, докторант, Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова; Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6; ORCID: 0000-0003-0043-3255; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

**Information about the authors:**

*Ivan I. Dorofeev* – Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Research Center, Military Medical Academy; Russia, 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; ORCID: 0009-0005-3195-3423; e-mail: vmeda\_37@mil.ru

Ilya V. Marchenko – Senior Resident, 412th Military Hospital, Branch 3; Russia, 363757, North Ossetia-Alania, Mozdok, Polevaya Str., 142; SPIN: 7025-7968; e-mail: vmeda\_37@mail.ru

Mikhail S. Prokopyev – Cadet, Military Medical Academy; Russia, 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; e-mail: vmeda\_37@mail.ru

Konstantin V. Dnov – Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Lecturer in the Department of Military Field Therapy, Military Medical Academy; Russia, 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; ORCID: 0000-0002-1054-4779; e-mail: vmeda\_37@mail.ru

Evgeniy A. Chernyavsky – Cand. of Sci. (Med.), Head of the Research Laboratory of the Scientific Research Center, Military Medical Academy; Russia, 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; ORCID: 0000-0002-1097-2749

Vladislav V. Yusupov – Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head at the Research Department of Medical and Psychological Support of the Research Center, Military Medical Academy; Russia, 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; ORCID: 0000-0002-5236-8419; e-mail: vmeda\_37@mail.ru

Alexey N. Yatmanov – Cand. of Sci. (Med.), Doctoral Student, Military Medical Academy; 194044, Saint Petersburg, Academician Lebedev Str., 6; ORCID: 0000-0003-0043-3255; e-mail: vmeda\_37@mail.ru

**Вклад авторов.** Все авторы подтверждают соответствие своего авторства, согласно международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

*Наибольший вклад распределен следующим образом.* Концепция и план исследования – И. И. Дорофеев, В. В. Юсупов; сбор данных – М. С. Прокопьев, И. И. Дорофеев, Е. А. Чернявский, В. В. Юсупов; анализ данных и выводы – В. В. Юсупов, К. В. Днов; подготовка рукописи – И. И. Дорофеев, К. В. Днов, Е. А. Чернявский, В. В. Юсупов, А. Н. Ятманов.

**Author contribution.** All authors according to the ICMJE criteria participated in the development of the concept of the article, obtaining and analyzing factual data, writing and editing the text of the article, checking and approving the text of the article.

**Special contribution:** IID, VVYu contribution to the concept and plan of the study. MSP, IID, EAC, VVYu contribution to data collection. VVYu, KVD contribution to data analysis and conclusions. IID, KVD, EAC, VVYu, ANYa contribution to the preparation of the manuscript.

**Потенциальный конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Disclosure.** The authors declare that they have no competing interests.

**Финансирование.** Исследование проведено без дополнительного финансирования.

**Funding.** The study was carried out without additional funding.

Поступила/Received: 09.09.2025

Принята к печати/Accepted: 15.12.2025

Опубликована/Published: 30.12.2025

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Романова Е. В. Формирование адаптационного ресурса участников боевых действий в практической деятельности психолога // *Прогрессивная инновация и/или фундаментальная традиционность в образовании и социокультурных практиках. Сборник тезисов международной научно-практической конференции.* Ижевск. 2024. С. 236–237 [Romanova E. V. Formation of the adaptation resource of combatants in the practical activities of a psychologist. Progressive innovation and/or fundamental traditionality in education and socio-cultural practices. Collection of abstracts of the international scientific and practical conference. Izhevsk, 2024, pp. 236–237 (In Russ.)].
2. Караяни А. Г. Социально-психологическая реадaptация участников боевых действий // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология.* 2014. Т. 6, № 4. С. 20–34 [Karayani A. G. Socio-psychological readaptation of combatants. Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology, 2014, Vol. 6, No. 4, pp. 20–34 (In Russ.)].
3. Рябуха Е. В. Особенности социально-психологической реадaptации участников боевых действий // *Направления и перспективы развития образования в военных институтах войск национальной гвардии Российской Федерации. Сборник научных статей Международной научно-практической конференции.* Новосибирск. 2023. С. 404–407 [Ryabukha E. V. Features of socio-psychological readaptation of combatants. Directions and prospects for the development of education in military institutes of the National Guard Troops of the Russian Federation. Collection of scientific articles of the International Scientific and Practical Conference. Novosibirsk, 2023, pp. 404–407 (In Russ.)].
4. Карандина Ю. Л. Психологическая коррекция посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // *Прикладная психология и психоанализ.* 2019. № 2. С. 1 [Karandina Yu. L. Psychological correction of post-traumatic stress disorders in combatants. Applied Psychology and Psychoanalysis, 2019, No. 2, pp. 1 (In Russ.)].
5. Караяни А. Г., Караяни Ю. М. Зарубежный опыт психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь // *Юридическая психология.* 2019. № 1. С. 28–35 [Karayani A. G., Karayani Yu. M. Foreign experience in psychological return of combatants to peaceful life. Legal Psychology, 2019, No. 1, pp. 28–35 (In Russ.)].
6. Мешков Н. А. Эпидемиология боевой патологии в вооруженных конфликтах и медицинская реабилитация участников боевых действий // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии.* 2022. Т. 21, № 4. С. 176–190 [Meshkov N. A. Epidemiology of combat pathology in armed conflicts and medical rehabilitation of combatants. Bulletin of the Smolensk State Medical Academy, 2022, Vol. 21, No. 4, pp. 176–190 (In Russ.)].

7. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Шукин Б. П. *Психогении в экстремальных условиях*. М.: Медицина; 1991. С. 96 [Aleksandrovsky Yu. A., Lobastov O. S., Spivak L. I., Shchukin B. P. Psychogenias in extreme conditions. Moscow: Medicine; 1991, pp. 96 (In Russ.)].
8. Литвинцев С. В., Нечипоренко В. В. Актуальные вопросы патогенеза боевой психической травмы. СПб.: ВМедА; 1995. С. 30–38 [Litvintsev S. V., Nechiporenko V. V. Topical issues of the pathogenesis of combat mental trauma. St. Petersburg: VMedA; 1995, pp. 30–38 (In Russ.)].
9. Чермянин С. В. Психология чрезвычайных и экстремальных ситуаций. Хрестоматия (для клинических психологов). Под ред. проф. С. В. Чермянина. СПб.: Айсинг. 2015. 208 с. [Chermyanin S. V. Psychology of emergency and extreme situations. A reader (for clinical psychologists). Ed. Prof. S. V. Chermyanin. St. Petersburg: Aysing, 2015, 208 p. (In Russ.)].
10. Чермянин С. В., Корзунин В. А. Особенности социально-психологической реадaptации и динамика постстрессовых расстройств у военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях // *Медико-психологическая реабилитация сотрудников внутренних дел и военнослужащих внутренних войск МВД России: современное состояние и перспективы развития: материалы междунар. науч.-практ. конф.* Под ред. В. П. Сальникова. СПб.: Ун-т МВД России. СПб. 2003. С. 32–42 [Chermyanin S. V., Korzunin V. A. Features of socio-psychological readaptation and dynamics of post-stress disorders in military personnel who participated in combat operations. *Medico-psychological rehabilitation of employees of internal affairs bodies and military personnel of internal troops of the Ministry of Internal Affairs of Russia: current state and development prospects: materials of the international scientific-practical conference*. Ed. V. P. Salnikov. St. Petersburg: University of the Ministry of Internal Affairs of Russia; 2003. pp. 32–42 (In Russ.)].
11. Лазебная Е. О., Зеленова М. Е. Преодоление психологических последствий военного травматического стресса участниками войны в Афганистане // *Вестник РГНФ*. 1999. № 4. С. 185–195 [Lazebnaya E. O., Zelenova M. E. Overcoming the psychological consequences of military traumatic stress by participants in the war in Afghanistan. *Bulletin of the Russian Humanitarian Scientific Foundation*. 1999. No. 4. pp. 185–195 (In Russ.)].
12. Костин Д. В., Погосян С. О., Алексеева О. Э. Особенности процесса затяжной реадaptации у военнослужащих после участия в боевых действиях на Северном Кавказе // *Военная медицина в локальных войнах и вооруженных конфликтах (20-летию вывода советских войск из Афганистана посвящается): материалы Всероссийской научной конференции 12–13 февраля 2009 г.* СПб.: ВМедА; ООО Айсинг. С. 212–223 [Kostin D. V., Pogosyan S. O., Alekseeva O. E. Features of the process of prolonged readaptation in military personnel after participating in combat operations in the North Caucasus. *Military medicine in local wars and armed conflicts (dedicated to the 20th anniversary of the withdrawal of Soviet troops from Afghanistan): materials of the All-Russian scientific conference February 12–13, 2009, St. Petersburg*: VMedA, LLC Aysing, pp. 212–223 (In Russ.)].